جامعة دمشق

كلية التربية

قسم التربية الخاصة



فاعلية العلاج النفسي الحركي في تحسين مهارات التواصل اللفظي لدى أطفال التوحد

رسالة أعدّت للحصول على درجة الماجستير في تقويم الكلام واللغة

إعداد الطالبة

زينة عبدالله علي

بإشراف

الدكتور

رياض نايل العاسمي

الأستاذ في قسم الإرشاد النفسي

٢٠١٥ – ٢٠١٦م

١٤٣٦ – ١٤٣٧هـ

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿وَقُلْ ربِّ زِدْنِي عِلْماً﴾

﴿يَرْفَعِ اللّهُ الَّذِيْنَ آمَنَوُا مِنْكُمْ وَالَّذِيْنَ أُوتُوا الْعِلْمَ دَرَجَاتٍ﴾

صدق الله العلي العظيم

شكر وتقدير

أشكر الله تعالى على نعمته، وأتقدم بجزيل الشكر إلى كلّ من ساهم أو ساعد في إنجاز هذا البحث، وأخصّ بالشكر الأستاذ الدكتور **رياض نايل العاسمي الأستاذ في قسم الإرشاد النفسي** لإشرافه على إنجاز هذه الرسالة، الذي مدَّ لي يد العون في كل خطوة من خطوات البحث، ولم يبخل بتقديم التوجيهات السَّديدة والإرشاد والتشجيع الدائمين لتذليل العقبات.

وكل الشُّكر والامتنان للمنظمة السورية للمعوقين (آمال)، التي منحتني فرصة تطبيق البرنامج العلاجي.

وشكري الجزيل لأساتذتي في كلية التربية على مجهودهم وعلى كل معلومة قدموها لي بأرواحهم المليئة بالعطاء ووالوفاء للرسالة النبيلة التي يحملونها، ولأعضاء لجنة الحكم الأفاضل، لتكرمهم بقبول عضوية لجنة الحكم، مقدّرةً لهم ما سوف يبذلونه من جهد ووقت في تقييم هذه الرسالة وتصويبها.

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى كل من تفضل بتحكيم أدوات البحث، الأساتذة الأفاضل من الجامعة الأردنية الأستاذ الدكتور ياسر الناطور، والأستاذ الدكتور باسم مرعي، واختصاصيي تقويم الكلام واللغة، واختصاصيي التربية الخاصة في المنظمة السورية للمعوقين (آمال).

وكلُّ الحبِّ والامتنان لوالدتي ولأخوتي وأخواتي الّذين وفّروا لي الدّعم النفسي والمادي طيلة مسيرتي العلمية.

الباحثة

الفهارس

أولاً- فهرس المحتويات

فهرس الجداول

فهرس الملاحق	
الموضوع	**الصفحة**

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

- المقدمة
- مشكلة الدراسة
- أهمية الدراسة
- أهداف الدراسة
- فرضيات الدراسة
- حدود الدراسة
- مصطلحات الدراسة والتعريفات الإجرائية

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

المقدمـــة

شهدت التربية الخاصة في تقدمِّها وتطوُّرها العديد من التَّطورات والتَّغيرات الجذرية في مفاهيمها وعلاقاتها بالعلوم الأخرى في مختلف مجالات الحياة، وعموماً أصبح المجتمع بشكل عام ينظر إلى التربية الخاصة باعتبارها علم متخصِّص للتعامل مع تلك الفئات الأكثر خصوصية في المجتمع، وهم فئة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة الذين ينحرفون بشكل واضح وغير مألوف عمَّا يعتبره المجتمع عادياً، وهم تلك الفئات الأقل حظاً من غيرهم في المجتمع، كالأشخاص المعوقين عقلياً، سمعياً، بصرياً، حركياً، صحياً، ذوي صعوبات التعلم، المضطَّربين انفعالياً، ذوي مشكلات الكلام واللغة المختلفة. وإذا كنا قد اسمينا أولئك الأشخاص بالأفراد الأكثر خصوصيَّة، فهناك فئة من هؤلاء الأشخاص أكثر وأكثر خصوصيّة، وهم الأطفال ذوو اضطراب التوحد Autism Children (الراوي وحماد: ١٩٩٩، ٧).

تعود بداية الاهتمام باضطراب التوحد (Autism) إلى وقتٍ ليس ببعيد، وذلك في الأربعينيات من القرن الماضي، حيث كان أول من قام باطلاق اسم التوحد ووصف حالته المرضية الطبيب النفسي الأمريكي "ليو كانر" (Leo Kanner) في عام (١٩٤٣)، وكان هدفه فصل هذه الحالة المرضية وتصنيفها بشكل منفصل عن الحالات النفسية المرضية الأخرى التي يعاني منها الأطفال(الزريقات: ٢٠٠٤، ١٩). وبالرغم من أن "كانر" قام برصد دقيق لخصائص هذه الفئة من الأطفال، وقام بتصنيفهم على أنهم فئة خاصة من حيث نوعية الاضطراب وأعراضه التي تميزه عن غيره من الاضطرابات، إلا أنَّ الاعتراف بها كفئة يطلق عليها مصطلح التوحد لم يتم إلا في عقد الستينيَّات، حيث كانت تشخص حالات هذه الفئة على أنها نوع من الفصام الطفولي، وذلك وفق ما ورد في الدليل الإحصائي لتشخيص الأمراض العقلية في الطبعة الثانية (DSM2) عام (١٩٦٨)، ولم يتم الاعتراف بخطأ التصنيف إلا في عام (١٩٨٠) حينما نُشرت الطَّبعة المعدَّلة (DSM-IV-TR)، التي

فرّقت بوضوح بين الفصام واضطراب التوحد، حيث أكدت أن اضطراب التوحد ليست حالة مبكرة من الفصام، وربما يرجع هذا الخلط إلى وجود بعض الأعراض المشتركة مثل: الانطواء على الذات والعزلة، ولكن في الواقع، الاختلاف في الأعراض أكثر من التشابه بينها. ذلك أن حالات اضطراب التوحد تخلو تماماً من أعراض الهلوسة والهذاءات. وبذلك، فقد صنِّف التوحد على أنَّه اضطراب نمائي وليس انفعالي(الجلبي: ٢٠٠٥، ١٢).

يرى بعض الباحثين أن المشكلة الأساسية لدى طفل التوحد تكمن في ضعف تواصله مع الآخرين، لذلك يصنف التوحد في معظم الأحيان على أنه أحد الاضطرابات المؤثرة على التواصل. لذا بدا الاهتمام واضحاً بدراسة أشكال التواصل لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، بعد أن أكدت بعض الدراسات أن طفل التوحد Autistic Child يعاني من صعوبات في التواصل اللفظي وغير اللفظي، وفي كثير من الحالات كان الاضطراب في التواصل هو المؤشر الأساسي على وجود اضطراب التوحد، وبالتالي فإن القصور في التواصل لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد يتطلب توسيع مهارات التواصل لديهم، والتي تعدُّ واحدةً من أكبر التَّحديات التي تواجه العاملين معهم؛ فالكثير من هؤلاء الأطفال لا يطوِّرون هذه المهارات بشكلٍ عفوي، لذلك يجب تعليمهم إيَّاها حتى يتمكنوا من التَّعبير عمَّا يريدون، ويتفاعلوا مع الآخرين. لذا، برزت الحاجة إلى وجود برامج علاجية تسهم في تنمية هذا الجانب، فأصبحت مطلباً أساسياً من قبل أسر هؤلاء الأطفال والعاملين معهم، وذلك بعد أن أكدت العديد من الدراسات السابقة على فاعلية نتائج هذه البرامج في تحسين التواصل لدى هذه الفئة من الأطفال(الخيران: ٢٠١١، ٣). ومن أسباب زيادة الاهتمام بجوانب التواصل لدى الأطفال التوحديين هو ارتفاع نسبة انتشاره التي وصلت إلى ما يقارب (١١٠/١٠٠٠٠)، وبالتالي فهناك حاجة ماسَّة لتخديم هذه الفئة كونها جزءًا من المجتمع، وستكون مؤثرة فيه ومتأثرة به، فإذاً لا بد لها من أن تُطبع بطابعه، ولكن كيف لها أن تستقي منه إن لم تكن لديها القدرة على التواصل مع محيطها. لذلك كان لا بد من إيجاد وسيلة لتحقيق هذا التواصل، وبعد البحث والتجريب تبين أن الأساليب العلاجيَّة السلوكية تعطي أفضل النتائج مع أطفال التوحد في هذا الجانب (Gowen & Hamilton: 2012, 417).

إنَّ التوحد بوصفه إحدى الاضطرابات التي تتصف بها إحدى الفئات من ذوي الاحتياجات الخاصة يلقى اهتماماً متنامياً في المجتمع العربي، وكذلك في مجتمعنا المحلي وخاصة في محافظة دمشق، وهذا الاهتمام يتضح من خلال تزايد عدد المراكز التي تهتم برعاية وتأهيل وعلاج الفئات ذوي الاحتياجات الخاصة ومنهم أطفال التوحد، ومن خلال سعي وزارة التعليم العالي وبالتعاون مع

المنظمة السورية للمعوقين (آمال) إلى زيادة عدد الكوادر المتخصِّصين والمؤهلين لعلاج وتأهيل هذه الفئات، كما تهتم بعض هذه المراكز بنشر الوعي في المجتمع حول مظاهر الاضطراب، والتنبيه إلى ضرورة تقديم العلاج والتأهيل المناسب لهذه الفئة من الأطفال.

ونتيجة اضطلاع الباحثة على العديد من الدراسات والأبحاث التي تقوم على وضع برامج علاجية لتحسين مهارات التواصل، سواءً اللفظي أو غير اللفظي، والتفاعل الاجتماعي لدى فئة الأطفال ذوي اضطراب التوحد، لاحظت قصوراً في الدِّراسات والأبحاث في استخدام العلاج النفسي الحركي في خدمة هذا المجال، حيث تقتصر جميع تلك الدراسات على فنيات مثل العلاج بـــ (الفن، التقليد، الاستماع والفهم، فهم تعبيرات الوجه، الإشارة إلى ما هو مرغوب فيه ...إلخ). المعروف أن الحركة هي أولى مراحل التواصل، حيث يستخدم الطفل الحركة كأسلوب أولي للتواصل يتم من خلاله العبور إلى مراحل التواصل المتقدمة (التواصل اللفظي وغير اللفظي). فالحركة كما ذكرت مرسيلينا حسن عام (٢٠١٥) هي إحدى الطرق الأساسية في التعبير عن الأفكار والمشاعر والمفاهيم، وعن الذات بشكل عام، فهي استجابة بدنية ملحوظة لمثير ما سواء كان داخلياً أم خارجياً، إذ تعدُّ من أقدم أشكال الاتصال والمشاركة الوجدانية، كما إنها وسيلة للمرح والتسلية، لكونها تخفض التَّوتر والقلق والتعصُّب(حسن: ٢٠١٥، ١). تقول فيفين سيمينغتون Vivien Symington أنَّ العلاج النفسي الحركي يعتمد على بيئة مليئة بالحركة، تشجع الأطفال على المشاركة، وتخفف من مستوى الاضطراب لديهم؛ وذكرت أنَّ نتائج دراستها عام (٢٠٠٨)، بيَّنت بعد عدة أشهر من العلاج النفسي الحركي لمجموعة من الأطفال ذوي اضطراب التوحد، تحسُّن قدرة الأطفال على تطوير العلاقة مع المعالج، وتطوير القدرة على التواصل مع الأطفال العاديين من نفس الفئة العمرية (Symington: 2008, 193). ومن هنا جاءت فكرة بناء برنامج قائم على العلاج النفسي الحركي لاختبار قدرته على تحسين مهارات التواصل اللفظي لدى أطفال التوحد.

مشكلة الدراسة

من خلال عمل الباحثة مع فئات التربية الخاصة ومنهم أطفال التوحد تبيَّن لها أن الطفل الذي يعاني من التوحد تكون قنوات التواصل بينه والعالم الخارجي ضعيفة. ونتيجة لهذا النقص في عملية التواصل تظهر لديه بعض المشكلات الاجتماعية والانفعالية أثناء تواصله، مثل: العزلة الاجتماعية، والانطواء على الذَّات، وضعف الاستقلالية، وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية سليمة مع الآخرين، وضعف القدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي، وذلك لخصائص إعاقتهم ونقص

خبراتهم المتعلقة بكيفية التواصل الجيد وشروطه. فبعض هؤلاء الأطفال لا يستطيعون التواصل حتى مع أقرب الناس إليهم، وهم يعزلون أنفسهم عند وجودهم داخل الأسرة، فطفل التوحد لا يتواصل حتى بالعين مع أقرب الناس إليه؛ فقد يجلس في حضن أمِّه لكنْ دونَ أنْ ينظرَ إليها ويبادلها الابتسام كما يفعل غيره من الأطفال الطَّبيعيين. وكل ذلك يؤدي بدوره إلى مشكلات نفسية انفعالية لدى الطفل، مثل: العدوانية والتوتُّر والقلق. مع ملاحظة أن كل ما سبق ذكره من مشكلات في التواصل تختلف من طفل إلى آخر، وذلك يعود إلى نوع وشدَّة الاضطراب لدى الطفل من جهة، ومن جهة أخرى إلى مدى تأهيل وعلاج الطفل لمساعدته على التخلُّص أو التخفيف من حدة هذة المشكلات لديه، وبالتالي الوصول به إلى إمكانية الاندماج في المجتمع الذي يعيش فيه.

وكل هذا يضع على عاتق القائمين على رعاية الأطفال، حسب رأي الباحثة، مسؤولية مساعدتهم إن لم يكن بالتَّخلص الكامل من مشكلتهم، فعلى الأقل بالتَّخفيف من الأعراض المصاحبة لها من خلال تحسين تواصلهم مع الآخرين. ولذلك يجب على جميع المتخصِّصين في علاج اضطرابات الكلام واللغة العمل على إيجاد البرامج التدريبية والعلاجية الناجعة لمساعدة أطفال التوحد على الخروج من العالم المغلق الذي يعيشون فيه. فعلى الرغم من أنهم قد يحاطون بالأشخاص من كل جانب، لكن بعضهم لا يملك القدرة على التواصل مع من حولهم، وكأنهم داخل حجرة زجاجية تمنعهم من سماع الأشخاص الذين يتحدثون إليهم.

وبعد محاولة الباحثة الاطلاع حول العلاج النفسي الحركي من خلال قراءة العديد من المراجع والدراسات، والمشاركة في دورات تأهيلية خاصة بالعلاج النفسي الحركي، تبيَّن ضعف الاهتمام بهذا النوع من العلاج في المجتمع العربي، حيث أنَّ لبنان هي الدولة الوحيدة عربياً، على حد علم الباحثة، التي تعمل على استخدام هذا العلاج مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وحالات الأمراض العصبية والاضطرابات النفسية الانفعالية، والاضطرابات النفس حركية. بالرغم من أنَّ العلاج النفسي الحركي يعد أحد أنواع العلاجات الجديدة التي يمكن استخدامها في علاج مختلف الاضطرابات التي تنتج عن أسباب عضويَّة، أو عصبيَّة، أو نفسيَّة، وذلك من خلال الأنشطة التي تقوم على اللعب والموسيقى والتَّوازن والتَّناسق والحركة. فقد أظهرت نتائج العديد من الدراسات فعالية استخدام العلاج النفسي الحركي مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد، ومنها دراسة ساندرا كوستا وآخرون "Sandra Costa" عام (٢٠١٣) التي بيَّنت نتائجها أن الأطفال الذين شملتهم الدراسة وهم من الأطفال ذوي اضطراب التوحد استطاعوا خلال جلسات العلاج النفسي الحركي أن يطوِّروا عدة جوانب وهي:

١ــ زيادة الانتباه، حيث ازدادت مدة الانتباه لديهم من ١٥% في الاختبار القبلي، إلى ٥٠% في الاختبار البعدي.

٢ــ تعرُّف الأطفال على أجزاء جسمهم والإشارة إليها وتسميتها.

٣ــ زيادة تفاعلهم الاجتماعي.

٤ــ زيادة نقل الخبرة التي تمَّ اكتسابها خلال جلسات العلاج النفسي الحركي إلى الصف والوسط المحيط (Costa, et, al: 2013, 122).

كما أشار "كاليش" (Kalish: 1968, 216) إلى أن المستفيدين من العلاج النفسي الحركي هم الذين يعانون من أحد المشكلات التالية:

١. مشكلات التَّوازن، والتَّنسيق.
٢. مشكلات التَّوتر العضلي.
٣. صعوبات في القدرات الحركية الدقيقة مثل (استخدام المقص، والحرف اليدوية، والبناء).
٤. صعوبات في الإدراك الزماني والمكاني.
٥. صعوبات الكتابة.
٦. مشكلات في العلاقة التفاعلية بين الإدراك، والتفكير، والشعور، وعدم التَّوازن بينها.
٧. مشكلات التواصل.
٨. المشكلات السلوكية.
٩. اضطرابات الانتباه.

وإذا اطلعنا إلى خصائص الأطفال ذوي اضطراب التوحد نرى أنّها تتضمن جميع المشكلات المذكورة أعلاه، وبالتالي فإن فئة أطفال التوحد هي أكثر فئة من فئات التربية الخاصة يمكن أن تستفيد من العلاج النفسي الحركي. ذكر بروبست وآخرون(Probst, et, al: 2010,109) إنَّ العلاج النفسي الحركي يقوم على استخدام التَّمارين الموجَّهة التي تخفِّف توتُّر العضلات، ويعني التوتر في العضلات الشَّد الزائد أو الرَّخي الزَّائد في العضلات، والتخفيف من هذا التوتر يعيد التَّوازن للعضلات وحرية التنقل؛ ويوفر الأساس الفعلي لحرية التَّعبير لدى الفرد بطريقة طبيعية وصحية لمعالجة الضغوط النفسية الانفعالية. وكل ذلك قد يجدي بنتيجة في علاج وتأهيل أطفال التوحد، ويساعدهم على تحسين إدراكهم لذواتهم أولاً، ومن ثمَّ تحسين تواصلهم ببيئتهم وبالآخرين من حولهم. وبالمقارنة مع أنواع العلاجات التي تستخدم مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد، التي غالبا ما تعالج

جانباً واحداً لديهم، فإن العلاج النفسي الحركي يعالج معظم المشكلات التي يعاني منها هؤلاء الأطفال.

ومن هنا يمكن تحديد مشكلة البحث بالسؤال التالي:

ما مدى فاعلية استخدام العلاج النفسي الحركي في تحسين مهارات التواصل اللفظي لدى أطفال التوحد؟

أهمية الدراسة

تنبع أهمية الدراسة مما يلي:

أ ــ الأهمية النظرية: وتتمثل في:

١. متابعة الاهتمام بفئة من فئات التربية الخاصة التي تحتاج المتابعة حقاً وهي فئة الأطفال ذوي اضطراب التوحد.
٢. إلقاء الضوء على أهمية العلاج النفسي الحركي في علاج التواصل اللفظي لدى أطفال التوحد.
٣. إلقاء الضوء على أثر تطور التواصل اللفظي لدى أطفال التوحد في تحسين التفاعل الاجتماعي لديهم.
٤. إثراء المكتبة العربية بهذا النوع من البحوث، وذلك لندرتها من وجهة نظر الباحثة.

ب ــ الأهمية التطبيقية: وتتمثل في:

١. استخدام برنامج قائم على فنيات العلاج النفسي الحركي في تحسين مهارات التواصل اللفظي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.
٢. تزويد المتخصِّصين والمهتمين وأهالي الأطفال ذوي اضطراب التوحد ببرنامج علاجي قد يساعدهم في تحسين مهارات التواصل اللفظي لدى أطفالهم.

أهداف الدراسة

يتمثل الهدف العام للدراسة في استخدام منهج العلاج النفسي الحركي كمحاولة في تحسين مهارات التواصل اللفظي لدى أطفال التوحد. ويشتق من الهدف العام عدة أهداف فرعية هي:

١. اختبار مدى فعالية البرنامج المقترح في تحسين مهارات التواصل اللفظي لدى أطفال التوحد.
٢. تعرُّف الفروق بين القياس القبلي والبعدي في درجات مقياس التواصل اللفظي لدى أطفال العينة.
٣. تعرُّف استمرار التَّحسن بعد شهر من المتابعة، وذلك من خلال مقارنة نتائج القياس البعدي مع نتائج القياس التتبعي.
٤. تقديم تصورٌ عن نموذج من نماذج نظريات العلاج النفسي وهو العلاج النفسي الحركي Psychomotor –Therapy الذي يستخدم غالباً مع حالات ذوي الاحتياجات الخاصة، وخصوصاً حالات التوحد.
٥. اختبار أثر البرنامج في تحسين التفاعل الاجتماعي لدى أطفال العينة.

فرضيات الدراسة

١. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة في القياس القبلي ومتوسطات درجاتهم في القياس البعدي على مقياس تقدير التواصل اللفظي.
٢. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة في القياس القبلي ومتوسطات درجاتهم في القياس البعدي على مقياس تقدير التفاعل الاجتماعي.
٣. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة في القياس البعدي ومتوسطات درجاتهم في قياس المتابعة على مقياس تقدير التواصل اللفظي.
٤. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة في القياس البعدي ومتوسطات درجاتهم في قياس المتابعة على مقياس تقدير التفاعل الاجتماعي.

حدود الدراسة

- **الحدود البشرية:** تتضمن عينة الدراسة مجموعة من الأطفال ذوي اضطراب التوحد الملتحقين بمركز التوحد في المنظمة السورية للمعوقين (آمال)، والذين تتراوح أعمارهم بين (٤ –٨) سنوات.
- **الحدود الموضوعية:** وشملت الإطار النظري ضمن مبحثين هما: اضطراب التوحد، والعلاج النفسي الحركي، ومنهج الدراسة، وهو المنهج شبه التجريبي، وأدوات الدراسة،

وهي البرنامج العلاجي، ومقياس تقدير التواصل اللفظي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، ومقياس تقدير التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

- **الحدود المكانية:** دمشق – المنظمة السورية للمعوقين (آمال).
- **الحدود الزمانية:** تمَّ تطبيق البرنامج العلاجي على عينة الدراسة الاستطلاعية في الفترة الواقعة بين ١٧/ ٥/ ٢٠١٥ ولغاية ٢٨/ ٧/ ٢٠١٥، ثم بدأ تطبيق البرنامج على العينة الأصلية بتاريخ ٢/ ٨/ ٢٠١٥ ولغاية ٢٢/ ١٠/ ٢٠١٥، وتم تطبيق القياس التتبعي بتاريخ ٢٩/ ١١/ ٢٠١٥، وبذلك تكون الحدود الزمانية للدراسة قد امتدَّت ما بين ١٧/ ٥/ ٢٠١٥ و٢٩/ ١١/ ٢٠١٥.

مصطلحات الدراسة والتَّعريفات الإجرائية:

- **الفاعليَّة Effectiveness:** تعرَّف الفاعلية بأنَّها: القدرة على تحقيق النتيجة المقصودة تبعاً لمعايير محددة مسبقاً (بيومي، ٢٠٠٨، ٣٤).
- **وعرَّف سليمان الفاعليَّة بأنَّها:** "مدى قوَّة نشاط يحقق غرضه المقصود أو وظيفته" (سليمان: ٢٠٠٧، ١٤).
- **ويمكن تعريف الفاعليَّة إجرائياً بأنَّها:** مدى قدرة البرنامج المصمَّم من قبل الباحثة في هذه الدراسة على تحسين مهارات التواصل اللفظي لدى عينة من الأطفال ذوي اضطراب التوحد.
- **العلاج النفسي الحركي Psychomotor therapy:** يعرف العلماء العلاج النفسي الحركي بأنه:" أحد وسائل العلاج الطَّبيعي، ويعني الاستخدام العلمي لحركات الجسم وشتَّى الوسائل المختلفة المبنيَّة على أسس من علم التَّشريح والفسيولوجيا والعلوم التربوية والنفسية لأغراض وقائية وعلاجية، بهدف المحافظة على العمل الوظيفي، وإعادة تأهيل الأنسجة الدِّماغية قبل وأثناء وبعد الإصابة، وبذلك فإنَّ العلاج الحركي يعتمد وسيلة هي الأكثر فعاليَّة بين وسائل القوى الطبيعية (الحركة) من أجل الوقاية والعلاج والتأهيل عند الإصابة أو المرض أو الإعاقة(العاسمي: ٢٠١٢، ٢٩).
- **التوحد Autism:** جاء في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المعدل (DSM– IV–TR) أنَّ التوحد هو "حالة من القصور المزمن في النمو الارتقائي للطفل، يتميز بانحراف وتأخر في نمو الوظائف النفسية الأساسية المرتبطة بنمو المهارات الاجتماعية واللغوية وتشمل الانتباه،

الإدراك الحسِّي، النُّمو الحركي. وتبدأ هذه الأعراض خلال السنوات الثلاث الأولى، ويصيب حوالي خمس أطفال في كل عشرة آلاف ولادة حيَّة، ونسبة أكبر بين الذكور من الإناث بنسبة (٤:١)، ويحدث في كل المجتمعات بغضِّ النَّظر عن اللَّون والأصول العرقيَّة أو الطَّائفية أو الخلفية الاجتماعية، ولم تُكتشف حتى الآن عوامل سيكولوجية بيئية مسببة للإصابة بالتوحد، بل يغلب الظَّن بأنَّ العوامل المسبِّبة ذات جذور عضويَّة في المخ والجهاز العصبي المركزي"(Roeyres: 1995, 161).

- **الطفل التوحدي Autistic child:** يعرَّف الطفل التوحدي على أنَّه الطفل الذي يعاني من قصور في التفاعل الاجتماعي، وتأخر أو ضعف في مهارات التواصل، وغالباً ما يكون لديه مجموعة من السلوكات الروتينية (Leekam, et al: 2007, 18).
- **وتمَّ تعريف الطفل التوحدي Autistic child إجرائياً في هذه الدراسة بأنَّه:** كل طفل تبيَّن أنَّه يعاني من اضطراب التوحد بعد تطبيق مقاييس معتمدة لتشخيص اضطراب التوحد مثل، الدليل التشخيصي الرابع المعدل (DSM-IV-TR)، وقائمة تقدير السلوك التوحدي Autistic Behavior Chicklist (ABC)، ومقياس تقدير التوحد الطفولي Childhood Autism Rating Scale (CARS)، ويبلغ عددهم (٦) أطفال، من الفئة العمرية ما بين (٤ – ٨) سنوات، وينتمي إلى عينة الدراسة.
- **التواصل Communication:** "هو مجموعة من السلوكات الهادفة، تستخدم بشكل مقصود في التبادلات الاجتماعية لإرسال معلومات، ملاحظات، أو للتعبير عن الحالة الداخلية، أو لإحداث تغيرات في الوضع الحالي" (Susan: 2001, 69).
- **التواصل اللفظي Verbal Communication:** "هو التواصل الذي يتم من خلال استخدام الرموز اللفظية المنطوقة كوسيلة لنقل المعاني والرسائل والمعلومات، والذي يتطلب قدرة على فهم دلالات الرموز ومعانيها في اللغة، ليتمكَّن الفرد من بناء رسالة لغوية لفظية صحيحة ونقلها وإيصالها إلى المستقبِل على النّحو المراد تبليغه. ويتم التواصل اللفظي عبر وحدات فونيمية ومقطعية مورفيمية وتركيبية، أي أن هناك أصوات، ومقاطع، وكلمات يرتكز عليها الاتصال اللغوي اللفظي" (الهادي: ٢٠٠٩، ٤٦).
- **أما التعريف الإجرائي للتواصل اللفظي في هذه الدراسة:** هو استخدام الأطفال أفراد العينة الكلام المنطوق ضمن جمل مكونة من ثلاث كلمات للتعبير عن بعض الحاجات الأساسية لديهم وتقوية علاقاتهم الاجتماعية مع المحيطين بهم.

- **التفاعل الاجتماعي Social Interaction:** عرَّفه جيلسون بأنَّه: "المهارة التي يبديها الطفل في التَّعبير عن ذاته للآخرين، والإقبال عليهم، والاتصال بهم، والتواصل معهم ومشاركتهم في الأنشطة الاجتماعية المختلفة، إلى جانب الانشغال بهم وإقامة صداقات معهم، ومراعاة القواعد الاجتماعية العامة في التعامل معهم" (عبدالله: ٢٠٠٣، ٦).
- **وتم تعريف التفاعل الاجتماعي إجرائياً:** بأنه زيادة قدرة الأطفال أفراد العينة على الاتصال بالأشخاص المحيطين بهم في المواقف الاجتماعية المختلفة من خلال توظيف الكلام المنطوق في خدمة هذا المجال.
- **البرنامج التدريبي Training program:** "هو الأنشطة المخططة في إطار منظم، حيث تركز على إكساب المتدربين المهارات، وتعميق معرفتهم بها، وتشمل أيضاً جوانب تتعلق بالعلاقات الإنسانية، والأساليب التربوية لغرض رفع درجة كفاءتهم، والتعامل الناجح مع مجموعات الأفراد الذين سيقومون بتدريبهم وتقويم إنجازهم" (السعدون: ٢٠١٣، ٩).
- **ويمكن تعريف البرنامج التدريبي (العلاجي) Training program إجرائياً بأنه:** مجموعة من الإجراءات والأنشطة المنظَّمة والمصمَّمة من قبل الباحثة، وهو قائم على استخدام بعض فنيات العلاج النفسي الحركي (اللعب، والموسيقى)، ويستهدف تحسين مهارات التواصل اللفظي لدى أطفال التوحد، تمَّ تطبيقه خلال عدد من الجلسات العلاجية على عينة من الأطفال المشخَّصين باضطراب التوحد من الفئة العمرية بين (٤_ ٨) سنوات.

الفصل الثاني

الإطار النظري

المبحث الأول - اضطراب التوحد

- لمحة تاريخية
- التعريف باضطراب التوحد
- نسبة إنتشار اضراب التوحد
- أسباب الإصابة باضطراب التوحد
- خصائص ذوي اضطراب التوحد
- أشكال اضطراب التوحد
- تشخيص اضطراب التوحد
- علاج اضطراب التوحد
- اللغة والتواصل لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد:
  - التطور اللغوي لدى الطفل العادي والطفل التوحدي
  - الأراء العلمية التي تفسر الخلل اللغوي لدى ذوي اضطراب التوحد
  - سمات اللغة اللفظية لدى ذوي اضطراب التوحد
  - مشكلات التواصل اللفظي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد
  - علاج مشكلات اللغة والتواصل لدى ذوي اضطراب التوحد

[Type the document title]

الفصل الثاني

اضطراب التوحد

أولاً - لمحة تاريخية

على الرغم من أن اضطراب التوحد لم يُكتشف إلا في الأربعينات من القرن الماضي، إلا أنَّ هناك ما يثبت وجود أشخاص كانوا يعانون من هذا الاضطراب قبل ذلك التاريخ بزمن طويل. وقد وردت قصص كثيرة في الآداب القديمة عن أفراد كان يبدو أنهم يعانون من اضطراب التوحد، وبالرغم من عدم ثبوت تشخيص حالة أولئك الأشخاص بالتوحد آنذاك، إلا أنَّه عند مقارنة أعراض التوحد مع وصف حالات الأفراد في بعض القصص الأدبية القديمة وُجِد أنها تتطابق إلى حدٍّ بعيد. ومن الأمثلة عن الرِّوايات الموثَّقة التي تثبت صحة هذا الموضوع. ما ورد عن الطبيب الفرنسي جون مارك جاسبارد إيتارد Joan Marc Gaspard Itard (١٧٧٥– ١٨٣٨)، الذي عمل جرَّاحاً في الجيش الفرنسي، ثمَّ تخصَّص في أمراض الأذن وتعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. حيث كتب إيتارد قصَّته مع طفل يدعى (فيكتور)، عرف باسم "طفل أفيرون المتوحش"، الذي تخلَّت عنه عائلته وهو طفل صغير، وعاش وحيداً لسنواتٍ عديدة في الغابات الفرنسية دون أن يرعاهُ أحد ودون مأوى أو ملبس. تمكن هذا الولد من العيش وحيداً، ومن الحصول على طعامه ممَّا كان يجده في بيئة الأحراش. المدهش في الأمر تمكّنه من البقاء حيّاً في أقسى فصول الشتاء برودةً. وهذا قد يرتبط بالخصائص الحسيَّة لدى الطفل التوحدي (نقص أو فرط الإحساس). عُثِر على فيكتور عندما بلغ (١٢) عاماً من العمر، وأُحضر إلى بيئة الحياة المدنية في فرنسا. لم يكن آنذاك ينطق بكلمة واحدة، وكان سلوكه غريباً لا يفهمه أحد. كان من الواضح أنَّه لم يكن قادراً على التفاعل اجتماعياً مع المحيطين به، علاوةً على أنه بدا وكأنَّه يعاني من إعاقةٍ ذهنية. قرر الدكتور إيتارد تعليم فيكتور، فسخِر منه زملاؤه لأن التعليم الخاص في أوروبا في ذلك الحين كان أمراً نادراً جداً وغير مقبول، حيث كانت الممارسة الشَّائعة في التعامل مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وضعهم (أو بالأحرى رميهم) في المصحَّات أو المشافي. وبالرغم من هذا، أخذ الدكتور إيتارد الولد إلى منزله الخاص

وعلَّمه بطريقة تختلف عن الطرق التقليدية المتَّبعة، أي أنَّه كان يحاول تبسيط المعلومات وطرحها بطريقة يفهمها فيكتور. وبعد مرور خمس سنوات، تمكَّن فيكتور من تعلُّم بعض الإشارات والكلمات التي استطاع بواسطتها التَّعبير عن بعض احتياجاته. وتعلَّم قليلاً من المهارات العملية ومهارات الاعتماد على النفس، مثل استخدام الشوكة والسكين في الأكل، كما تحسنت مهاراته الاجتماعية إلى حد ما. ولكن بالرغم من التَّقدم المحدود الذي حقَّقه فيكتور، كان إيتارد من أوائل من استخدم طرق تعليم غير تقليدية في تعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، مما دعا الكثيرين إلى اعتباره "الأب الروحي للتعليم الخاص" في أوروبا. وكل المشكلات التي كان يعاني منها فيكتور كانت تتطابق مع ما نعرِّفه اليوم بالتوحد. فقد كان يعاني من صعوبة شديدة في التواصل الاجتماعي مع الآخرين، واضطراب في اللغة، وصعوبة في نقل وتطبيق ما يتعلَّمه من موقف إلى آخر، وكان يفضل البقاء بمفرده كما إنَّه كان يُظهر سلوكيات أخرى كانت غير مألوفة. هذا بالإضافة إلى ردود فعله الحسِّية كانت مختلفة، ومن أمثلتها قدرته على تحمل درجات البرودة الشديدة(Frith, 1991, 108).

وتعود بداية الاهتمام باضطراب التوحد (Autism) إلى وقت ليس ببعيد، وذلك في العام (١٩٤٣م)، حيث كان أول من قام بإطلاق اسم التوحد ووصف حالته المرضية الطبيب النفسي الأمريكي ليو كانر (Leo Kanner) (الزريقات: ٢٠٠٤، ١٩). عندما كتب مقالة تصف إحدى عشر مريضاً، كانوا مصنفين على أنهم متخلفين عقلياً، لكنه لاحظ أنَّ لديهم أنماط سلوكية غير عادية. فقد كان سلوكهم يتميز باستغراقهم المستمر في انغلاق كاملٍ على الذات، والتفكير المتميز بالاجترار الذي تحكمه الذات أو حاجات النفس ويبعدهم عن الواقعية، ولا يتجاوبون مع أي مثير بيئي كما لو أن حواسَّهم الخمسة قد توقفت عن توصيل أي من المثيرات الخارجية، وبحيث يكون هناك استحالة لتكوين علاقة مع الأفراد المحيطين. تابع حالتهم على مدى سنوات في عيادته، ووجد أنَّ هؤلاء الأطفال يتَّصِفون بمجموعة من الأعراض المرضيَّة تختلف عن الأعراض النفسية التي اعتاد على متابعتها أو قرأ عنها في المنشورات والكتب الطبية(العلي: ٢٠٠٨، ٢٢). وكان هدف كانر هو فصل هذه الحالة المرضية وتصنيفها بشكل منفصل عن الحالات النفسية المرضية الأخرى التي يعاني منها الأطفال(الزريقات: ٢٠٠٤، ٢٠).

ومنذ عام ١٩٤٣ استخدمت تسميات متعددة منها التوحد (Autism)، وذهان الطفولة (Children Psychosis)، والنمط غير السوي في النمو (Atypical Developmental)، ويرى بعض الباحثين أن

هذه التَّسميات تعكس التَّطور التَّاريخي لمصطلح إعاقة (التوحد)، واختلاف اهتمامات وتخصُّصات العاملين في مجال التربية الخاصة والمهتمين بهذا الاضطراب(سليمان، ٢٠٠١، ٨).

تجدد الاهتمام باضطراب التوحد في الستِّينات من القرن الماضي عندما كرَّس الاختصاصي النفسي بيرنارد ريملاند (Bernard Rimland, 1968) وقته لدراسة التوحد بعد أنْ اكتشف أنَّ طفله يعاني من هذا الاضطراب. فقام بتأسيس الجمعية الأمريكية الوطنيَّة للتوحد (National Society Of Autism) بالتَّعاون مع مجموعة من الآباء الذين وجدَ لديهم أطفال يعانون من اضطراب التوحد أيضاً. وهذه الجمعية معروفة الآن بالجمعية الأمريكية للتوحد (Autism Society Of American)(الزريقات، ٢٠٠٤، ٢٤).

وبالرُّغم من أنَّ كانر قام برصدٍ دقيق لخصائص هذه الفئة من الأطفال، وقام بتصنيفهم على أنَّهم فئةٌ خاصة من حيث نوعية الإعاقة وأعراضها التي تميِّزها عن غيرها من الإعاقات، ولكن الاعتراف بها كفئة يطلق عليها مصطلح التوحد لم يتم إلا في عقد الثمانينات. حيث كانت تشخَّص حالات هذه الفئة على أنها نوع من الفصام الطفولي، وذلك وفق ما ورد في الدليل الإحصائي لتشخيص الأمراض العقلية في الطبعة الثانية (DSM2) ولم يتم الاعتراف بخطأ التَّصنيف إلا في عام (١٩٨٠) حينما نشرت الطبعة المعدلة (DSM3-TR) والتي فرَّقت بوضوح بين الفصام وإعاقة التوحد، حيث أكَّدت أنَّ إعاقة التوحد ليست حالة مبكرة من الفصام وأنَّ هذا الخلط ربَّما يرجع إلى وجود بعض الأعراض المشتركة مثل الانطواء، الانكفاء على الذات والانعزالية، ولكن في الواقع إن الاختلاف في الأعراض أكثر من التَّشابه بينها، ذلك أن حالات إعاقة التوحد تخلو تماماً من أعراض الهلوسة والهذاءات. وبذلك فقد صنِّف اضطراب التوحد على أنه اضطراب نمائي وليس انفعالي (الجلبي: ٢٠٠٥، ١٢).

ثانياً - التَّعريف باضطراب التوحد

لقد كان ليو كانر(Kanner, 1943) أوَّل من عرَّف التوحد الطفولي، وذلك من خلال وصف السلوكيات والخصائص المميزة للتوحد، والتي تشمل عدم القدرة على تطوير العلاقات مع الآخرين، والتَّأخر في اكتساب اللغة، والاستعمال غير التواصلي للغة، ونشاطات اللعب النمطية والتكرارية، والمحافظة على التمَّاثل وضعف التخيل والتحليل. وما زالت الكثير من التَّعريفات تستند على وصف كانر للتوحد حتى وقتنا الراهن(شبيب: ٢٠٠٨، ١٧).

ومنذ ذلك التاريخ وحتى الوقت الحاضر وردت العديد من التعريفات من قبل الكثير من الباحثين والعلماء الذين أخذوا على عاتقهم دراسة اضطراب التوحد ومن هذه التَّعريفات:

- يعرِّف أورنتز Ornits (1989) التوحد بأنَّه "أحد اضطرابات النمو الشَّديدة في السلوك عند الأطفال (Severe Developmental Disorder Of Behavior)، دون وجود علامات عصبيَّة واضحة (Is Not Accompanied By Demonstrable Neurologic Signs) أو خلل عصبي ثابت، أو تغيّرات بيوكيماوية أو أيضية (Biochemical Or Metabolic)، أو علامات جينية(عبد الله: ٢٠٠١، ١٥).
- وتعرِّفه ماريكا بأنَّه: "زَمَلَة أعراض سلوكية تشمل الانغلاق على النفس، ضعف القدرة على الانتباه، ضعف القدرة على التواصل وإقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، فضلاً عن وجود النَّشاط الحركي المفرط"(Marica: 1990, 34).
- أمَّا جيلبرغ فيرى أنَّ التوحد هو "عبارة عن زَمَلَة أعراض سلوكية تنتج عن أسباب متعددة، وغالباً مصحوبة بنسبة ذكاء منخفضة، وشذوذ في التفاعل الاجتماعي، وشذوذ في التواصل اللفظي وغير اللفظي"(Gillberg: 1990, 111).
- ويعرِّفه دي يان بأنَّه " قصور في العلاقات الاجتماعية والتَّطور اللغوي والإصرار على الأفعال النمطية والرّوتين اليومي"(Dianne: 1992, 7).
- وقدَّم روتر (Rutter, 1993) أربع خصائص رئيسية عند تعريفه للتوحد وهي:

١. إعاقة في العلاقات الاجتماعية.
٢. نمو لغوي متأخِّر أو منحرف.
٣. سلوك طقوسي واستحواذي، أو الإصرار على التَّماثل.
٤. بداية الحالة قبل بلوغ ثلاثين شهراً من العمر.

- يشير أوزونوف وآخرون إلى أنَّ التوحد عبارة عن " زملة أعراض تمثِّل عجز أو اضطراب لجوانب نمائية أساسية ومتعددة لدى الطفل"(Ozonoff: et al: 1998, 182).
- ويعرِّفه شاريون Sharyon بأنَّه "اضطراب عقلي ينتج عنه قصور في القدرة على التواصل وتكوين علاقات مع الآخرين، واصدار استجابات غير ملائمة اجتماعياً. وبعض أفراد التوحد ذوي المستوى الوظيفي المرتفع(ذوي الإعاقة الخفيفة) يقترب مستوى الذكاء والمحادثة لديهم من العاديين. وآخرون لديهم تخلف عقلي، خَرَس أو تأخر لغوي. البعض يفرض على نفسه عزلة

شديدة، وينغمس في الانشغال في إصدار سلوكيات نمطية، كما يتَّسم تفكيرهم بالجمود والتّصلب"(Rutter: 1998, 3).

- كما عرِّف التوحد بأنَّه:
  ١. تفكير محكوم بالحاجات الشَّخصية أو بالذَّات.
  ٢. إدراك العالم الخارجي من خلال الرَّغبات بدلاً من الواقع.
  ٣. الانكباب على الذَّات والاهتمام بالأفكار والخيالات الذَّاتية (صادق: ٢٠٠٤، ٥).

- يرى القانون الأمريكي لتعليم الأفراد المعوَّقين (Individuals With Disabilities Education) التوحد على أنَّه: "إعاقة تطوُّرية تؤثِّر بشكل ملحوظ على التواصل اللَّفظي وغير اللَّفظي، والتفاعل الاجتماعي، وتظهر الأعراض الدَّالة عليه بشكل ملحوظ قبل سنّ الثالثة من العمر، وتؤثِّر سلباً على الأداء التربوي للطفل، وتؤدّي كذلك إلى انشغال الطفل بالنَّشاطات المتكرِّرة والحركات النَّمطية ومقاومته للتغيُّر البيئي أو التَّغيير في الرُّوتين اليومي، وكذلك الاستجابات غير الاعتيادية للخبرات الحسية"(غزال، ٢٠٠٧، ١٦٨).
- أما التَّعريف الدَّقيق الذي جاء في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المعدل (DSM– IV–TR) ينصّ على أنَّه "حالة من القصور المزمن في النمو الارتقائي للطفل، يتميز بانحراف وتأخر في نمو الوظائف النفسية الأساسية المرتبطة بنمو المهارات الاجتماعية واللغوية وتشمل الانتباه، الإدراك الحسِّي، النُّمو الحركي. وتبدأ هذه الأعراض خلال السنوات الثلاث الأولى، ويصيب حوالي خمسة أطفال في كل عشرة آلاف ولادة حيَّة، ونسبة أكبر بين الذكور من الإناث بنسبة (٤:١)، ويحدث في كل المجتمعات بغضِّ النَّظر عن اللَّون والأصول العرقيَّة أو الطَّائفية أو الخلفية الاجتماعية، ولم تُكتشف حتى الآن عوامل سيكولوجية بيئية مسببة للإصابة بالتوحد، بل يغلب الظَّن بأنَّ العوامل المسبِّبة ذات جذور عضويَّة في الدماغ والجهاز العصبي المركزي"(Roeyres: 1995, 161).

ومن خلال ما تم عرضه من تعريفات لاضطراب التوحد يمكن تلخيصها في عدة نقاط مشتركة بين معظم هذه التعريفات، وهي أن التوحد اضطراب نمائي ناتج عن خلل في الجهاز العصبي المركزي، تظهر أعراضه خلال السنوات الثلاث الأولى من العمر، ومن أهمها ضعف في التفاعل الاجتماعي، ضعف التواصل اللفظي وغير اللفظي، ظهور حركات نمطية متكررة، نقص الانتباه وفرط النشاط، تدني نسبة الذكاء، ضعف القدرات الإدراكية، تأخر في النمو النفسي الحركي

وخاصة في المهارات الحركية الدقيقة وبالتالي ضعف في مهارات العناية بالذات، ويحدث في كل المجتمعات بغضِّ النَّظر عن اللَّون والأصول العرقيَّة أو الطَّائفية أو الخلفية الاجتماعية.

ثالثاً - نسبة الانتشار

تعدَّدت الأبحاث التي استهدفت تحديد نسب انتشار اضطراب التوحد، وذلك تبعاً لمعايير التشخيص التي تتبناها المجتمعات المختلفة. في دراسات لوتر Lutter، ولورد سكوبلر Lord Scopler (١٩٨٩)، التي اعتمدت في تشخيص حالات التوحد على معايير (DSM –III)، كانت نسبة الإصابة بالتوحد حوالي (٥,٢) حالات لكل ١٠،٠٠٠ ولادة حيَّة. أمَّا دراسات كانر التي بدأت في الأربعينات وحتى أوائل السَّبعينات اعتمدت في تشخيصها لحالات التوحد على المعايير التي وضعها لهذا الغرض، فقد بيَّنت أنَّ نسبة الإصابة باضطراب التوحد في أمريكا غالباً تكون بنسبة (٤ – ٥) حالات في كل ١٠،٠٠٠ ولادة حيَّة من الأعمار الأقل من (١٥) سنة(Kanner, 1973, 35). وقد أشار إلى أن اضطراب التوحد أكثر شيوعاً في الطَّبقات الاجتماعية الرَّاقية، ولكن ثبت عدم صحة ذلك، وأن الإصابة لا علاقة لها بالوضع الاقتصادي، أو الأصل العنصري، أو العرق السلالي(Sahakian: 1986, 284).

وأشَارت إحدى دراسات جيلبرغ "Gillberg" أنَّ نسبة الإصابة بالتوحد في المرحلة العمرية من (٥ – ٧) سنوات تقدر بـــ (١٢،٤) لكل ١٠،٠٠٠ ولادة حيَّة، بينما كانت نتائج دراسة أخرى لجيلبرغ تعبِّر عن نسبة انتشار بمعدل (١١،٦) لكل ١٠،٠٠٠ ولادة حيَّة في المرحلة العمرية من (٤ – ١٤) سنة، في حين أنَّ جونتبرغ وجد أنَّ نسبة الانتشار تقدَّر بحوالي (٨،١) لكل ١٠،٠٠٠ ولادة حيَّة في نفس المرحلة العمرية ونفس المنطقة التي أجريت فيها دراسة جيلبرغ وتشمل الهند الغربية، الصِّين، سيرلانكا والتي تمَّ التَّشخيص فيها بناء على معايير كانر(Gillberg, 1990. 104). في حين كانت نسبة انتشار الإصابة بالتوحد في جنوب اليابان بمعدل (١٣،٦) لكل ١٠،٠٠٠ ولادة حيَّة (Lord & Rutter: 1989, 72). أما الدِّراسات المسحية التي تم إجراؤها في انكلترا، فقد أظهرت نتائج مختلفة بعض الشيء عن التي ظهرت في أمريكا أو شرق آسيا، فكانت نسبة الانتشار تتراوح بين (٢٠ – ٣٠) حالة لكل ١٠،٠٠٠ ولادة حيَّة، وفي دراسة قام بها كامبرول "Camberweel" لتشخيص حالات التوحد على أساس العجز الاجتماعي فأشارت نتائج دراسته إلى أنَّ نسبة انتشار الإصابة بالتوحد حوالي(٢١) حالة لكل ١٠،٠٠٠ طفل(Dianne, 1992, 8).

كما أشار ريميلاند (Rimland: 1968) إلى أن نسبة حدوث هذا الاضطراب في الذكور أعلى منها لدى الإناث، وتبلغ النسبة ١/٣، وقد أشار البعض إلى نسبة ١/٤. وأنَّ نسبة حوالي ٨٠% من المصابين باضطراب التوحد يعانون من تخلف عقلي. ولا بد من الإشارة إلى أن احتمالية إنجاب أكثر من طفل يعاني من اضطراب التوحد في الأسرة الواحدة يُعدُّ أمراً نادر الحدوث(الراوي، حماد: ١٩٩٩، ١٥).

أما آخر اصدار للدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام (٢٠١٣)، فقد أشار إلى نسبة انتشار التوحد وفق أحدث إحصائية وهي أن طفل واحد من كل (٨٨) طفلاً في الولايات المتحدة لديه اضطراب التوحد (ASD) أي أن نسبة الانتشار هي (١،١٣)(American Psychiatric Association: 2013, 54).

بعد عرض نسب انتشار اضراب التوحد في الدراسات السابقة من الملاحظ عدم حصول الباحثة على دراسات محلية تظهر نسبة انتشار التوحد بالرغم من الاهتمام المتزايد إلى حد ما بهذه الفئة من الأطفال، لذا لا بد من اجراء دراسات مسحية محلية لمعرفة نسبة انتشار اضطراب التوحد في القطر العربي السوري ومقارنتها بالنسب الواردة في البلدان الأخرى.

رابعًا - أسباب الإصابة بالتوحد

خلال مراجعة الباحثة للعديد من المراجع تبيَّن أن اضطراب التوحد يتعلق بمجموعة من العوامل منها:

١. التكوين أو التركيب الجيني.
٢. اضطراب أو خلل في عمليات التمثيل الغذائي (عملية الميتابوليزم و الكاتابوليزم أو الأيض).
٣. العدوى الفيروسية.
٤. تعرض الأمهات لإصابات قبل أو أثناء أو بعد الولادة (صدمات تؤثر على الدماغ بصورة خاصة، مثل الاختناق أو نقص الأوكسجين).
٥. المبيدات السَّامة (الزراعية أو التي تستخدم في إبادة الحشرات).
٦. تعاطي الأمهات للمخدرات(Strong: 1996, 89).

عموماً يمكنُ القول أنَّ جميع العوامل المذكورة أعلاه ترتبط بخلل وظيفي في الجهاز العصبي المركزي. لذلك دعونا نعرض بشيءٍ من التَّفصيل آلية نمو الدِّماغ، وعلاقة الخلل في نمو بعض مراكز الدِّماغ بالمشكلات التي تظهر لدى أطفال التوحد من خلال عرض نتائج بعض البحوث والدِّراسات.

ذُكر في كتاب صادر عن المعهد الوطني للصحة النفسية في الولايات المتحدة الأمريكية أنَّه يوجد قبول عام مفاده أنَّ اضطراب التوحد ينتج عن وجود شذوذ أو خلل في نمو أو وظائف الدماغ(Brain). ومن خلال استخدام العلماء لمجموعة متنوعة من الأدوات البحثيَّة الجديدة لدراسة نمو دماغ الإنسان والحيوان توصَّلوا إلى اكتشاف الكثير من النتائج عن النمو العادي للدِّماغ، وكيف يصاب بالخلل أو الشذوذ المشار إليه. ينمو دماغ الجنين منذ مرحلة الحمل. ويبدأ هذا النمو بعدد قليل من الخلايا التي تكبر وتنقسم إلى أنْ يحتوي الدِّماغ على بلايين الخلايا المتخصِّصة، وتسمَّى النيورونات (Neurons) أو الخلايا العصبية. بمجرد تموضع هذه الخلايا في مكان ما بالدِّماغ، ترسل كل خلية عصبية(نيرون) نبضات إلى الخلايا الأخرى عبر ألياف عصبية تربط بينها. وبهذه الطريقة تؤسَّس خطوط الاتصال بين مختلف مناطق الدِّماغ، وبين الدِّماغ وبقية أجزاء الجسم. ومع استقبال كل خلية لإشارة تطلق مواد كيماوية معينة تسمى الموصلات العصبية(Neurotransmitters) التي تنقل هذه الإشارة إلى الخلية العصبية الأخرى. مع الميلاد يتطوَّر الدِّماغ إلى عضو معقَّد توجد فيه العديد من المناطق التي تكون كل منها مسؤولة عن مجموعة محددة من الوظائف. ولا يتوقف نمو الدِّماغ عند الميلاد، إذ أنَّه يستمر في التَّغيير أثناء السنوات القليلة الأولى من عمر الطفل، حيث تُشكَّل موصلات عصبية جديدة، وتُؤسَّس أو تفتح خطوط اتصال إضافية. وتتكوَّن شبكات عصبية لمعالجة اللغة، الانفعالات، التفكير. وقد اكتشف العلماء عدداً من المشكلات التي قد تؤثر بالسَّلب على النمو الطبيعي للدِّماغ. فقد ترحل أو تهاجر الخلايا إلى مكان خطأ بالدِّماغ. أو نتيجة مشكلات ما في المسارات العصبية أو الموصلات العصبية، قد تفشل بعض أجزاء شبكات الاتصال بالدِّماغ في العمل أو في الأداء. وإذا حدثت مشكلة في شبكة الاتصال في الدِّماغ ربَّما يؤدِّي ذلك إلى التأثير السَّلبي على المهمة العامة للتَّنسيق بين المعلومات الحسية، الأفكار، المشاعر، الأفعال(المعهد الوطني للصحة النفسية في الولايات المتحدة الأمريكية، ١٩٩٧، ٢٥).

وفحصَ الباحثون – الذين يرعى المعهد الوطني للصحة النفسية والمعاهد الوطنية للصحة بحوثهم – تركيب ووظائف الدِّماغ للتوصل إلى إشارات أو علامات أو أدلَّة توضِّح كيف يختلف

دماغ ذوي اضطراب التوحد عن دماغ أقرانهم العاديين. ونعرض فيما يلي نتائج بعض هذه البحوث والدراسات:

- في إحدى الدِّراسات، فحصَ الباحثون الخلل أو القصور المحتمل أن يحدث خلال النمو الأولي أو المبكر للدِّماغ. وحاول باحثون آخرون فحصْ الخلل أو القصور في أدمغة المصابين باضطراب التوحد بالفعل، وتصدَّوا لفحص الشذوذ في تركيب الدِّماغ المكون بصفة خاصة لمنطقة معينة بالدماغ هي النظام اللمبي (The Limbic System)، فداخل النظام اللمبي يوجد منطقة تسمى اللَّوزة (Amygdata) تساعد على تنظيم الأبعاد الاجتماعية والانفعالية للسلوك. ووجدت دراسة تكوَّنت عينتها من مجموعة من الأطفال ذوي المستوى الوظيفي المرتفع من إعاقة التوحد قصوراً أو تلفاً في اللَّوزة وعدم وجود قصور أو تلف في منطقة أخرى من الدِّماغ هي قرن آمون أو الهيبوكامبوس. وفي دراسة أخرى تتبَّع العلماء نمو القِردَة الذين وُجد تلف في اللَّوزة لديهم منذ الولادة، ولاحظوا أنَّه مع تقدم العمر بهذه القردة، أصبحوا منسحبين ومتجنبين للتواصل الاجتماعي.
- وأجريت دراسات أخرى لاستكشاف وفحص الفروق في الوظيفة الكلية للدِّماغ، من خلال استخدام تكنولوجيا تسمَّى التصوير بأشعة الرنين المغناطيسي (MRI) Magnetic resonance Imagining لتحدي مناطق الدِّماغ التي تنشَّط أثناء أداء مهام عقلية معينة. ولاحظ باحثون من المعهد الوطني للصحة النفسية في دراسة تكوَّنت عينتها من مراهقين ذكور أثناء أدائهم أو تعاملهم مع مهام حل المشكلة ومهام لغويَّة، إن المراهقين ذوي اضطراب التوحد لم يكونوا فقط أقلَّ نجاحاً من أقرانهم العاديين في أداء هذه المهام، بل أظهرت نتائج التصوير بأشعة الرنين المغناطيسي أنَّ أدمغتهم كانت تعمل بمستوى نشاط أقل أو منخفض بصورة ملحوظة.
- وفي دراسة على الأطفال الأصغر، لاحظ الباحثون وجود مستويات منخفضة من النَّشاط في المناطق الجدارية أو الجانبية للدِّماغ، وفي الجسم الجاسئ(The Corpus Callous).

وربما تساعد نتائج مثل هذه البحوث العلماء في تحديد ما إذا كان اضطراب التوحد يعكس مشكلة في مناطق معينة من الدِّماغ إلى منطقة أخرى. ولا بدَّ من الإشارة إلى أن هذه الفروق وجدت لدى البعض وليس الكل من ذوي اضطراب التوحد الذين تمَّ فحصهم. وهذا يعني أن اضطراب التوحد ربما بالفعل يغطي العديد من الاضطرابات المختلفة، ينتج كل منها من مشكلة ما في الدِّماغ. أو ربَّما أن الفروق المختلفة في الدِّماغ نفسها تنتج من إشارة عصبية تكمن وراء اضطراب لم يتمكن

العلماء من اكتشافه بعد، وقد يسمح فحص أو اكتشاف الأسس البدائية لاضطراب التوحد يوماً ما من اكتشافه، علاجه، والوقاية منه(المرجع السابق، ٧٤).

يتضح من نتائج جميع الدراسات السابقة أن السبب الأساسي وراء اضطراب التوحد هو وجود خلل في الجهاز العصبي المركزي، ولكن لم يتمكن العلماء والباحثين حتى الآن من تحديد المناطق التي يؤدي الخلل فيها إلى حدوث اضطراب التوحد بشكل دقيق، حيث أن كل دراسة من هذه الدراسات تؤكد وجود الخلل في منطقة مختلفة من الدماغ، إضافة إلى أنها أكدت أن الخلل لم يكن موجوداً لدى جميع أطفال التوحد الذين تم فحصهم في كل دراسة بل لدى البعض منهم.

خامساً - خصائص ذوي اضطراب التوحد

سوف نعرض أهم الخصائص والأعراض التي ذكرها الباحثون الذين اهتموا في دراسة التوحد التي يمكن من خلالها الاستدلال على اضطراب التوحد، مع العلم أن هذه الأعراض ليست من الضروري أن تجتمع كلها في فرد واحد، فقد يلاحظ ظهور بعضها في فرد معين، ويظهر البعض الآخر عند أفراد آخرين. كما يكون هناك اختلاف بين الأفراد التوحديين في درجة وشدَّة هذه الأعراض. ومن هذه الخصائص والأعراض:

أ- **قصور في المهارات الاجتماعية**:

يُعتبر ضعف التفاعل الاجتماعي من أكثر الأعراض دلالة على وجود إعاقة التوحد، حيث أن الطفل التوحدي يبتعد عن إقامة علاقات اجتماعية مع غيره، ولا يرغب في صُحبة الآخرين أو تلقِّي الحب والعطف منهم. كما أنه لا يستجيب لانفعالات الوالدين، أو مبادلتهم نفس المشاعر، ولا يستجيب لما يصل إليه من المثيرات أو المحيطين به في بيئته. ويظل الطفل معظم وقته ساكناً لا يطلب من أحد الاهتمام به، وإذا ما ابتسم فإنِّ ابتسامته لا تكون وظيفية بل يبتسم أو يضحك بدون سبب(بيومي: ٢٠٠٨، ١٤).

أشارت سوسن الجلبي (٢٠٠٥) إلى أنَّ القصور في السلوك الاجتماعي لأطفال التوحد يمكن تحديده بثلاثة مجالات هي:

١. التجنُّب الاجتماعي Socially Avoidant: حيث يتجنَّب أطفال التوحد كل أشكال التفاعل الاجتماعي، ويقومون بالهروب من الأشخاص الذين يودُّون التفاعل معهم.

٢. اللَّامبالاة الاجتماعية Socially Indifferent: وُصف أطفال التوحد بأنهم غير مبالين، ولا يبحثون عن التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، ولا يشعرون بالسَّعادة حتى عند وجودهم مع الأشخاص الآخرين.
٣. الإرباك الاجتماعي Socially Awkward: يعاني أطفال التوحد من صعوبة في الحصول على الأصدقاء، ولعل من أبرز أسباب الفشل في جعل علاقاتهم مستمرة مع الآخرين هو الافتقار إلى التفاعل الاجتماعي(الجلبي: ٢٠٠٥، ٥٥).

أما محمد خطاب فقد ذكر أنَّ الطفل التوحدي يعاني من الوحدة الشَّديدة وعدم الاستجابة للآخرين الذي ينتج عن عدم القدرة على فهم واستخدام اللُّغة بشكل سليم، وقصور شديد في الارتباط والتواصل مع الآخرين، وعدم الاندماج مع المحيطين به، وعدم الاستجابة لهم(خطاب: ٢٠٠٥، ١٥).

ومن خصائص السلوك الاجتماعي التي ذكرها عيسى إدريس(٢٠٠٠) لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد ما يلي:

١. صعوبات كبيرة في تكوين علاقات اجتماعية مع الأشخاص الآخرين.
٢. قد يخاف من الأشخاص الجُدد أو الأماكن الجديدة.
٣. ضعف في القدرة على التواصل البصري مع الأشخاص.
٤. يفضل أو يحتاج إلى البقاء لوحده بشكل تام.
٥. تطوير علاقات قويَّة بشكل غريب وغير مناسب مع بعض الأشياء في بعض الأحيان.
٦. صراخ _ ضحك _ تمتمة _ قهقهة بشكل غير ملائم وغير مناسب للمواقف.
٧. يستخدم الألعاب بشكل غريب (رميها، عصرها، صفها بشكل خط ...).
٨. قصور أو عجز في فهم مشاعر الآخرين.
٩. التَّعبير عن المشاعر أو الانفعالات بطريقة غير ملائمة وبمجال أو مدى ضيِّق.
١٠. عجز في الفهم الاجتماعي _ الجنسي(إدريس: ٢٠٠٠، ٣٦).

ب- ضعف مهارات التواصل

يعتبر استخدام اللغة كأداة للتفاعل الاجتماعي أمراً صعباً بالنسبة لغالبية الأطفال التوحديين. حيث يذهب كل من سكويرمان وفيبر (٢٠٠٢) إلى أن معظم الأطفال التوحديين تعوزهم الرغبة في إقامة التواصل في سبيل تحقيق أغراض اجتماعية معينة، ويعتقد البعض أن ٥٠% من هؤلاء

الأطفال بكم أو خرس (Mute)، أي أنهم لا يستخدمون اللغة نهائياً، أمَّا الأطفال الذين بوسعهم التحدث نظراً لاكتسابهم بعض المفردات اللغوية فإنَّهم قد يجدون صعوبة في استخدام مثل هذه المفردات بصورة وظيفية في المواقف والتفاعلات الاجتماعية المختلفة نظراً لأنهم لا يدركون ردود أفعال أولئك الأفراد الذين يستمعون إليهم(هالهان وكوفمان: ٢٠٠٨، ٦٥٢). ولذلك يُظهرون أوجه شذوذ مختلفة في اللغة التي يستخدمونها، ومن أوجه الشذوذ في لغة الأطفال التوحديين نذكر ما يلي:

١) **الاستخدام العكسي للضَّمائر:** من المظاهر الشائعة لدى هذه الفئة من الأطفال استخدام الضمائر بصورة مشوشة، فمثلاً يشير طفل التوحد للآخرين بضمير " أنا " وإلى نفسه بضمير " هو " أو " هي "(سليمان، محمد: ٢٠٠٣، ١٥).

٢) **المصاداة Echolalia:** نجد الكثير من أطفال التوحد يستخدمون سلوكيات لغوية نمطية أو تكرارية حيث يردِّدون الكلام الذي يصدر من الأشخاص الآخرين، والغريب أنه قد يردّد الكلام بنفس نغمة الصوت أو بنفس الشدة وهذا ما يسمى المصاداة. وقد عرَّفت سوسن الجلبي المصاداة بأنها "ترديد الطفل ما قد يسمعه توَّاً وفي نفس اللحظة وكأنَّه صدى لما يقال" (الجلبي: ٢٠٠٥، ٣٣). كما عرَّفها (الشخص والدماطى: ١٩٩٢، ٣٠) بأنها "حالة كلامية تتميز بالتَّرديد اللاإرادي لما يقال من كلمات أو مقاطع أو أصوات بصورة تبدو كأنَّها صدى لهم، وهي تُعتبر إحدى خصائص التخلف العقلي الشَّديد".

وترى الباحثة من خلال ملاحظتها أثناء العمل مع حالات التوحد في جلسات تقويم الكلام واللغة أنَّ المصاداة هي تكرار الطفل للكلام بصورة آليَّة، وبشكل مباشر أو غير مباشر. في المصاداة المباشرة يكرِّر ما يسمعه في اللَّحظة نفسها، كأن يكرِّر (ما اسمك؟) عندما يسأله أحد الأشخاص هذا السؤال، أو قد تكون المصاداة غير مباشرة كأنْ يكرِّر ماسمعه من كلام منذ فترة، وغالباً ما يكون من برامج تلفزيونية، أو أغاني، وفي هذا النوع قد يستمر التكرار لفترات طويلة، فيكرِّر الطفل الجملة ذاتها طيلة اليوم، ولفترة طويلة من الزمن قد تمتد إلى عدَّة أشهر.

ت- البرود العاطفي

أكثر ما يوصف به الأشخاص ذوي اضطراب التوحد أنهم يفتقرون إلى جميع أشكال التقمُّص العاطفي (وذلك بأن يعكسوا نفس المشاعر أو يقدِّموا المواساة والمساعدة لشخص في حالة الحزن أو الألم مثلاً)، فهم في أكثر الحالات يكونون غير مبالين بأحاسيس الآخرين(الشامي(ج): ٢٠٠٤،

١١٩). وكثيراً ما يشكو الآباء من عدم اكتراث طفل التوحد أو عدم استجابته لمحاولاتهما في تدليله، أو ضمه، أو تقبيله، أو مداعبته. بل وربَّما لا يجدان منه اهتماماً بحضورهما أو غيابهما عنه، وفي كثير من الحالات يبدو الطفل وكأنَّه لا يعرفهما(شبلي: ٢٠٠١، ٥٦).

وذكر محمد خطاب (٣٦، ٢٠٠٥) أن هناك مجموعة من ردود الفعل الانفعالية غير السوية لدى أطفال التوحد، مثل نقص المخاوف من الأخطار، وبالمقابل قد يشعر بالذعر من الأشياء غير الضَّارة أو مواقف معينة، وليس لديه قدرة على فهم مشاعر الآخرين من حوله، فقد يضحك أو يتعرض لنوبات من البكاء والصراخ دون سبب واضح. أي أن هناك تقلب مزاجي لدى طفل التوحد، فهو لا يبتسم ولا يضحك، وإذا ضحك لا يعبِّر ذلك عن المرح لديه. والبعض منهم لا يظهر أي مظاهر انفعالية (كالدَّهشة، الفرح، الحزن)، مع عدم الاستقرار الانفعالي في البيت أو المدرسة. كما ذكر (سليمان: ٢٠١٠، ٤٤) أنَّ طفل التوحد قد يقلِّد الآخرين في بعض التعبيرات الانفعالية دون فهم أو تفاعل. وغالباً ما يفضِّل الارتباط بالأشياء أكثر من الأشخاص.

كما يصعب على طفل التوحد أن يطابق بين المشاعر العاطفية والتَّغيمات الصوتية وإيماءات الجسد. فهو لا يملك القدرة على إدراك أن كل إيماءة جسدية معيَّنة تعبِّر عن انفعال عاطفي معيَّن، وكذلك بالنسبة للتَّنغيمات الصوتية(الشامي(ب): ٢٠٠٤، ١٢١).

ث- قصور الإدراك الحسي

يعاني أطفال التوحد من مشكلات في استقبال المثيرات الحسية المختلفة، حيث يبدو الطفل كما لو أنَّ حواسه قد أصبحت عاجزة عن نقل أي مثير خارجي إلى جهازه العصبي(شبلي: ٢٠٠١، ٥١). ومما لا شك فيه أن بعض الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد يكون لديهم إما فرط في الاستجابة Hyper Responsive، أو انخفاض في الاستجابة Hypo Responsive، حيث أنَّ بعض هؤلاء الأفراد تكون لديهم حساسية زائدة لأصوات معينة في بيئتهم مثلاً، والبعض منهم يخبرون الحساسية المفرطة لبعض المثيرات البصرية مثل الحساسية للضَّوء، كما أنَّ البعض الآخر منهم يكون حسَّاساً للمس، مثل عدم تقبل لمس الوجه أو اليدين من قبل الآخرين وربما يظهرون سلوكاً عنيفاً إذا حاول أحد الأشخاص لمسهم. وبالمقابل قد يكون بعض هؤلاء الأفراد على عكس ما ذكرناه، حيث يتسم بدرجة كبيرة من عدم الاستجابة للمثيرات السَّمعية والبصرية واللَّمسية(هالهان وكوفمان: ٢٠٠٨، ٦٥٥).

ج- قصور القدرات المعرفيّة و الوظائف العقلية

يبدي معظم الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد العديد من أوجه القصور المعرفية التي تشبه ما يبديه أقرانهم المتخلفون عقلياً، حيث أشار سكولرSchuler (١٩٩٥) إلى أنهم يجدون صعوبة في تشفير وتصنيف المعلومات وتبويبها، كما يبدو أنَّ بوسعهم تذكُّر الأشياء المختلفة وفقاً لوضعها أو مكانها في فراغ معين بدلاً من القيام باستيعاب المفهوم أو فهمهم له. ويذكر أنَّ التسوُّق على سبيل المثال يعني الذهاب إلى متجر معين في شارع معين بدلاً من مفهوم الذهاب إلى نوع من المحلات أو المتاجر، والتجول فيها، وربما القيام بشراء شيء معين منه إلى جانب العديد من تلك الجوانب الأخرى التي يتضمنها مفهوم التسوق(هالهان وكوفمان: ٢٠٠٨، ٦٥٤).

ويشير جمال تركي (٢٠٠٤، ١٣٥) إلى أنَّ حوالي ٤٠% من أطفال التوحد لديهم معامل ذكاء يقل عن (٥٥) درجة، وحوالي ٣٠% منهم يتراوح معامل ذكائهم ما بين (٥٥- ٧٠). والتَّطور أو النمو غير الطَّبيعي في المهارات المعرفية لدى طفل التوحد يؤدي إلى ظهور قدرة تنظيمية ضعيفة، سهولة الإلتهاء بأي مؤثر خارجي، وصعوبة في الفهم النظري وتركيز شديد على الفرعيات. وهناك اختلافات في منحنى قياس القدرة المعرفية والإدراكية لأطفال التوحد، حيث تكون لطفل التوحد قدرات ومهارات عالية أحياناً تكون أكبر من عمره الفعلي، فيما يكون قياس مظاهر أخرى لوظائف المعرفة محدود جداً لدى الشَّخص نفسه(السّعد: ١٩٩٢، ١٢).

أما محمد قاسم عبدالله (٢٠٠١، ١٠٥) فقد أشار إلى التَّمييز عند أطفال التوحد وذلك نقلاً عن سيغمان(١٩٩٨)، حيث ذكر أنَّ الدراسات والبحوث افترضت أنَّ التوحد لم يرتبط بضعف أو عجز في القدرة على تمييز المثيرات، فهؤلاء الأطفال يتعلمون بسهولة التَّمييزات البسيطة لأوضاع الخطوط وأطوالها وكذلك للأبعاد. ففي إحدى الدراسات استخدمت مثيرات ذات ثلاثة أبعاد، ومكافآت عينية وبدون إشارات لفظية، تبين أن أداء الأطفال المصابين بالتوحد كان يفوق أداء الأطفال الأسوياء والمتخلفين كمجموعة ضابطة. فبالنسبة للمثيرات ثلاثية الأبعاد، كان الأطفال ذوي اضطراب التوحد قادرون على حل المشكلات التي تتطلب المطابقة من خلال التعلم الشرطي. ولكن العجز الذي ظهر عندهم في تعلَّم التَّمييز اقتصر على المثيرات الرَّمزية. أي أن العجز بدا في استعمال المثيرات الرَّمزية أكثر منه في قدرة الشخص على تعلُّم التَّمييز بين المثيرات الحسية. لقد كان الأطفال التوحديون قادرون على تعلم الانتقال العكسي وغير العكسي وبما يناسب كل الأعمار.

أما عن القدرة على اللَّعب التخيلي لدى الأطفال التوحديين أشارت آمال باظة (٢٠٠٣، ٢٥) إلى أن هؤلاء الأطفال يظهر عليهم فيما قبل المدرسة نقص واضح في القدرة على اللعب التخيلي، مثل اللعب بالأدوات وغياب لعب أدوار الكبار، واللَّعب الجماعي وإذا اشترك في اللَّعب الجماعي يتعامل مع الأطفال بدون مشاعر متبادلة، ويكون اللَّعب التخيلي بصورة آليَّة متكررة في الأنشطة بوجه عام.

وأشار إديلسون Edelson (١٩٩٩) إلى أحد المظاهر المرتبطة بالقصور المعرفي لدى الأفراد التوحديين وهو ما يسمى بنظرية العقل (Theory Of Mind)، والتي تشير إلى أن الطفل التوحدي لديه ضعف في القدرة على إدراك ووعي أن الأفراد الآخرين لديهم وجهات نظر وأفكار واعتقادات خاصة بهم حول الأمور والأحداث، وهي تختلف بدورها عن وجهة نظره أو اعتقاده حول هذه الأمور، فمثلاً يمكن لطفل التوحد أن يعرض صورة على طفل آخر أمامه، ويطلب منه أن ينظر إليها، لكن طفل التوحد يبقى ممسكاً بالصورة أمام ناظريه، وهو يتوقع أن الطفل الذي يقف أمامه يرى نفس ما يرى هو، حتى لو كان هذا الطفل لا يرى إلا الجانب الخلفي من هذه الصورة(Heaton: 2003, 207).

ويمكن اختصار أهم مظاهر القصور المعرفي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد فيما يلي:

- أثبتت الدراسات أن الأطفال ذوو اضطراب التوحد يعانون من عجز في وظيفة الإدراك وذلك كما في دراسة (Reed, 1994) التي توصلت إلى أن أطفال التوحد يواجهون صعوبات معرفية تتعلق بالفهم وإدراك أبعاد الموقف واستيعاب المنبهات والرَّد عليها. كما يعاني أطفال التوحد من اضطرابات واضحة في التفكير، فهم يعانون من قصور في وظائف التفكير خاصة في فقد الكلام Pouerty Speech وأيضاً الاستجابات الفكرية غير المناسبة(نصر: ٢٠٠١، ٦٨).
- ضعف في توجيه الانتباه نحو الأشخاص، والأشياء، والوجوه، والكلام، وبعض الأصوات، ويظهر هذا واضحاً في أدائهم وسلوكياتهم، حيث إنهم لا يلتفتون عند مناداتهم، كذلك الانتباه إلى أشياء محددة في الأشخاص أو الصور أو الأشياء. إضافةً إلى ضعف قدرتهم على الانتباه إلى أكثر من مثير(سمعي، بصري) في ذات الوقت أو نقل الانتباه بين المثيرات بشكل ملائم، وإذا استطاعوا نقل انتباههم بين مثيرين فإنهم يحتاجون إلى فترة زمنية أطول من الأشخاص العاديين، كما أن مدة الانتباه إلى الأشخاص أو الأشياء تتسم بالقصر رغم أن انتباههم إلى الأشياء التي

تستحوذ على اهتمامهم تكون طويلة نسبياً(Douglas: 2005, 107). كما أنَّهم يفتقدون القدرة على الانتباه المشترك، فلا يستطيعون مشاركة شخص آخر في الانتباه إلى الشيء نفسه.

- قصور في المعالجة المعرفية للمعلومات الحسية على مستوى تفسير الرسائل الصادرة من المثيرات السَّمعية والبصرية وحاسة اللَّمس والاستجابات الفكرية غير المناسبة، حيث يلاحظ عليهم استجابات ضعيفة أو أعلى من المستوى الطبيعي والناتجة عن تفسير خاطئ أو صعوبة في الفهم والتفسير مثل: وضع اليدين على الأذنين عند سماع بعض الأصوات، أو الانزعاج والتوتر أو نوبات غضب حادَّة عند سماع بعض الأصوات مثل أصوات الأدوات الكهربائية، والسيارات، وصوت تدفُّق المياه، كذلك تجنب النظر إلى المحيطين بهم أو التَّحديق في الأشياء اللَّامعة ومصادر الضوء، إضافةً إلى الحساسية المفرطة لبعض أنواع الأقمشة ومقاومة السلوكيات العاطفية والاستجابات المتناقضة للألم والحرارة. إن هذه السلوكيات تزداد مع زيادة تدني نسب الذكاء لدى أفراد هذه الفئة نظراً للقصور الذي لديهم على مستوى دمج ومعالجة الرسائل التي تصل إلى الدِّماغ من المثيرات البيئية، والصعوبة في توحيد المعلومات المستقبَلة من حاسة واحدة ممَّا يؤثر على قدراتهم الوظيفية التنفيذية على المستويات الإدراكية المختلفة(Siegel: 1996, 63).
- ضعف القدرة على تمييز أنَّ هناك اختلافاً بين رغباتهم وأفكارهم ورغبات وأفكار الآخرين، وهذا يؤثر بشكل مباشر على صعوبات التفاعل والمشاركة الاجتماعية الإيجابية والسلوك النمطي والاهتمامات المحدَّدة والقصور المعرفي لدى هذه الفئة، ويرتبط ذلك بنظرية العقل(Joseph et al: 2004, 265).
- التَّركيز على تفاصيل محدَّدة في الأشياء المادية دون إدراك المضمون بشكل كلِّي، مما يدعو إلى الاستنتاج أنَّ هناك اختلافاً في نمط تفكيرهم ومحدوديَّة في الإدراك والرُّؤية الشّمولية التي تؤثر على اهتماماتهم وأنشطتهم وقدرتهم على التَّعلم بشكل سليم، أو التَّكيف السليم، والاستيعاب الكلَّي للمثيرات من حولهم، ونمط اللَّعب واستخدام الألعاب بشكل غير وظيفي حيث يركِّز على جزءٍ محدَّد يلفت انتباهه(Francesca: 1994, 158).

- ضعف القدرة على إظهار استجابات وأفكار ملائمة، وافتقار القدرة على تنظيم الاستجابات لتوليد أفكار جديدة أو التَّخطيط لتنفيذ الأنشطة، مما يؤثر على تدنِّي الاستجابات التلقائية لديهم(زريقات: ٢٠٠٤، ٥٤).

- صعوبة التَّحكم الفوري في الذَّاكرة، وانخفاض قدرة الذَّاكرة المساعدة على تذكر الأحداث المتسلسلة، وصعوبة استخدام الذَّاكرة اللفظية في المهمَّات المتعدِّدة، وذلك يؤثر على تأخُّر الاستدعاء وعلى اضطراب مدى الذَّاكرة طويلة الأمد والذَّاكرة العاملة، الأمر الذي يؤدِّي إلى حيِّز اهتمامات محدَّدة لديهم(Williams et al: 2005, 247).
- ضعف القدرة على التَّخيل، والتي تعتبر وظيفة أساسية للَّعب، والتفاعل الاجتماعي، والتنظيم والتطور اللغوي، ولذلك يلاحظ عليهم ضعف في مستوى تطوُّر اللَّعب، وخاصة اللَّعب الرَّمزي والتَّمثيلي والميل إلى تكرار اللَّعب بأسلوب نمطي، والتَّركيز على خاصية محدَّدة في اللُّعبة التي يلعبون بها.
- صعوبة القدرة على التَّقليد، سواءً تقليد أعمال يقوم بها الآخرون أمامهم، أم تقليد حركات جسدية أو وجهية أو لفظية، إضافة إلى ضعف في التقليد اللُّغوي(عويس: ٢٠٠٦، ٤٧).

ح- نوبات الغضب والعدوان وإيذاء الذات

يُظهر بعض أطفال التوحد سلوكيات عدوانية قد تكون موجهة نحو أفراد أسرته، أو أصدقاء الأسرة، أو المتخصصين العاملين على رعايته وتأهيله، وقد تكون موجّهة نحو الأشياء مثل ألعابه، وأغراضه الشَّخصية، وأثاث المنزل، كما يمكن أنْ توجَّه أحياناً نحو الذات. تسبب سلوكياته العدوانية إزعاجاً وقلقاً لوالديه مثل الصُّراخ وعمل ضجَّة مستمرة، وعدم النوم ليلاً لفترات طويلة مع إصدار أصوات مزعجة، وتدمير الأدوات أو الأثاث، وتمزيق الكتب والصحف والملابس، وبعثرة الأشياء على الأرض، وإلقاء أدوات من النافذة، وسكب الطعام على الأرض وإلى غير ذلك من أنماط السلوك التي تزعج الأبوين الذين يقفان أمامها حائرين. وكثيراً ما يتَّجه العدوان نحو الذات كما ذكرنا، حيث يقوم الطفل بعضِّ نفسه حتى يُدمي نفسهُ، أو يضرب رأسه في الحائط أو بعض الأثاث مما يؤدي إلى إصابة الرأس بجروح أو كدمات أو أورام، أو قد يتكرَّر ضربهُ أو لطمُه على وجهه بإحدى أو كلتا يديه. كما يظهرون حزنهم بنوبات غضب شديدة أو بحركات معيَّنة كالهزّ إلى الأمام والوراء، أو القفز صعوداً وهبوطاً، أو الرّكض في أرجاء الغرفة على أطراف الأصابع، وغالباً لا يستطيع أحد معرفة سبب حزن الطفل أو استيائه، وقد لا تجدي كل محاولات إراحة الطفل ممَّا يعانيه نفعاً(الجلبي: ٢٠٠٥، ٣٦).

خ- السُّلوكيات النَّمطية المتكرِّرة

على الرّغم من أنَّ الأطفال ذوي اضطراب التوحد يبدون عاديِّين بدنياً، إلا أن الحركات التِّكرارية غير العادية الغريبة أو الشاذة تجعلهم مختلفين تماماً عن أقرانهم العاديين(المعهد الوطني للصحة النفسية بالولايات المتحدة الأمريكية: ١٩٩٧، ١٨). وتشتمل هذه الحركات على هزِّ الجسم بشكل متكرر وطقطقة الأصابع والرَّفرفة باليدين والدَّوران حول النفس، حيث أنَّ السَّبب في ظهور هذه الحركات التِّكرارية غير محدَّد، إلا أن بعض العلماء عزو الأسباب كمحاولة من الطفل التوحدي لتوفير نوع من الإثارة أو كمحاولة لجذب انتباه الآخرين أو للَّتعبير عن غضبه وانزعاجه من شيء ما(العماوي: ٢٠٠٧، ٣٨). وقد يمشون على أطراف أقدامهم، أو قد يتجمَّد بعضهم في مكانه لساعات طويلة دون أيِّ حركة. ويطلق الخبراء على هذه السلوكيات (الأنماط السلوكية النمطية الجامدة الشاذَّة stereotypies، أو سلوكيات تنشيط أو إثارة الذَّات self-stimulation).

كما يميل ذوو اضطراب التوحد إلى تكرار أفعال معيَّنة متتالية لمدة طويلة من الزَّمن. فقد يقضي طفل التوحد مثلاً ساعات في ربط العصي، أو يجري من حجرة إلى حجرة يضيء ويطفئ المصابيح (المعهد الوطني للصحة النفسية بالولايات المتحدة الأمريكية: ١٩٩٧، ١٩). ومن مظاهر السلوك النَّمطي أيضاً مشاهدة الأشياء وهي تدور وتقريب الأشياء من العينين والاستماع إلى صوت الماكينة أو لمس الباب أثناء المشي(العماوي: ٢٠٠٧، ٣٩).

وترى الباحثة أن بعض هذه السلوكيات قد تعود إلى اضطراب في النُّمو النفسي الحركي لدى هؤلاء الأطفال، حيث أن الطفل التوحدي قد يدرك جسده بشكل مختلف عمَّا هو عليه في الحقيقة، فقد يرى جسمه كأجزاء منفصلة عن بعضها البعض دون القدرة على إدراك جسده ككل متكامل. إضافة إلى العديد من المشكلات النفس حركية والتي سنذكرها بتفصيل أكثر في فصل العلاج النفسي الحركي.

د- مشكلة النَّشاط الحركي الزَّائد

يُعد النَّشاط الحركي الزّائد من أبرز المشكلات السلوكية التي يعاني منها الأفراد ذوي اضطراب التوحد، حيث أشارت الكثير من الدِّراسات أنَّ أكثر مشكلة تؤثر على الأسرة وتسبب لهم الإزعاج هي مشكلة النَّشاط الحركي الزّائد. فقد يكون النَّشاط الحركي الزَّائد محتملاً ولا يرافقه خطر، بمعنى أنَّ الطفل يكون مدركاً للخطر ويبتعد عنه، ولكن بعض الأطفال لديهم نشاط حركي زائد دون

الوعي لمصدر الخطر وهذا يسبب إزعاجاً للأسرة بحيث يجعلها في توتر وتيقُّظ مستمر، ولا تشعر بالهدوء والاستقرار(الخفش: ٢٠٠٧، ١١٢).

ذ- **خصائص أخرى مثل**:

١. مشكلات الأكل والشرب، كالأكل بشراهة دون شعور بالشَّبَع، وتفضيل بعض الأطعمة عن سواها، وشرب مشروبات معينة بكأس ثابت.
٢. مشكلات السَّلامة العامة، فلا يعرف الخوف من الأشياء الخطرة (كعبور الشارع في أثناء سير السيارات، والنوافذ المرتفعة ...).
٣. مشاكل في النوم، مثل القلق والنوم المتقطع غير المتواصل.
٤. مشكلة عدم تقبل كسر الروتين، حيث لا يتقبل التغييرات التي تحدث في بيئته.
٥. مشكلة التعميم، فلا يستطيع نقل ما تعلمه من بيئة لأخرى وتعميمه في المواقف المختلفة(عبدالله: ٢٠٠٣، ٣٢).
٦. عدم القدرة على تعديل سلوكه بمفرده.
٧. الافتقار إلى التِّلقائية والمبادرة مع الصُّعوبة في تطبيق المفاهيم النظرية واتخاذ القرار(الدوحي، والصقر: ٢٠٠٤، ٣٤).

سادساً - تشخيص التوحد

يُعتبر التَّشخيص الدقيق للاضطرابات لدى الأطفال المعوقين أمراً في غاية الأهمية، نظراً لما يترتب عليه من تصميم البرامج التأهيلية والعلاجية المناسبة التي تراعي قدراتهم، واحتياجاتهم، وفي ضوء ما يرافق ذلك من اختيار الوسائل والأساليب التعليمية التي تتلاءم مع قدراتهم. لقد واجه اضطراب التوحد عدداً من المشكلات والصعوبات في التَّشخيص منذ وصفه من قبل كانر عام ١٩٤٣م إلى وقتنا الحالي، الذي ما زالت تحاول فيه الدِّراسات الوصول إلى تصميم وبناء وتطوير أدوات قياس وتشخيص يمكن الوثوق بها. وتعود صعوبة تشخيص التوحد لعدد من الأسباب من أهمها:

١. عدم تجانس الأفراد ذوي اضطراب التوحد في القدرات والخصائص لدرجة يصعب معها إيجاد شخصين توحديين لهما الصِّفات نفسها حتى وإن كان تشخيصهما واحد.
٢. مرافقة بعض حالات التوحد للعديد من الأمراض مثل: الصَّرَع، والاضطرابات، والإعاقات مثل: الإعاقة العقلية، والبصرية، والاضطرابات النفسية والانفعالية.

٣. تأثير التوحد في مجالات عديدة للشخصية، وأهمها المجال الاجتماعي، والاستقلالي الذاتي، والتواصلي ممَّا يؤدِّي إلى وجود صعوبة كبيرة في التفاعل مع الطفل، ومن ثم صعوبة في التَّشخيص المباشر.
٤. تشابه أعراض طيف التوحد مع كثير من الإعاقات النمائية الأخرى مثل: فصام الطفولة، اضطراب ريت، ومتلازمة الكروموزوم الهش مما يجعل التَّشخيص الفارقي بين التوحد والإعاقات الأخرى أمراً صعباً، ولا سيما في الحالات البسيطة والمتوسطة.
٥. قلَّة أدوات القياس والاختبارات التَّشخيصية المناسبة للكشف عن اضطراب التوحد، وعدم مواءمة الاختبارات والمقاييس المصممَّة للإعاقات الأخرى لاستخدامها مع فئة أطفال التوحد(Harvard Mental Health Letter,1997,74).

ركَّز الباحثون منذ القديم في تشخيص التوحد على الملاحظة السلوكية المباشرة لسلوك الطفل، إذ يحصل الاختصاصيون من خلاها على معلومات قيِّمة قد تغفلها الاختبارات والمقاييس المختلفة. ويتم التَّركيز في الملاحظة على تكرار ظهور الصفات السلوكية بشكل حاد، ولفترة زمنية طويلة نسبياً مقارنة مع الفئة العمرية التي ينتمي إليها الطفل. وبناءً على الملاحظة السلوكية المباشرة لهذه المجالات، طوِّرت العديد من المحكَّات والمعايير لتشخيص أطفال التوحد، ومن أبرزها محكَّات كانر (Kanner) التي وردت في مقالته عام ١٩٤٣م والتي ركز فيها على ما يلي:

١. الضعُّف الشديد في التواصل الفعال مع الآخرين.
٢. الإصرار على إتِّباع الروتين.
٣. الاهتمام بالأشياء التي تُمسك باستخدام العضلات الحركية الدقيقة.
٤. ظهور نمط لغوي غير مفيد في التواصل الاجتماعي.
٥. الذَّاكرة والقدرة الجيدتين نسبياً في الأداء على الجانب الأدائي لاختبارات الذكاء(Kanner: 1973, 136).

أمَّا الفريق البريطاني فقد أصدر في عام ١٩٦١م تقريراً أوضح فيه تسعة معايير في تشخيص أطفال التوحد، وسمِّيت بـــنقاط كريك التسعة (Kreaks Nine Point). وهي:

١. اضطرابات العلاقات الاجتماعية مع الآخرين.
٢. عدم إدراك الهويِّة الشَّخصية بما يتناسب مع الآخرين.
٣. الانهماك غير الطَّبيعي بموضوعات محدَّدة.

٤. المحافظة على الرُّوتين ومقاومة التَّغيير.
٥. الخبرات الإدراكية غير العادية.
٦. القلق الحاد والمتكرر وغير المنطقي.
٧. فقدان الكلام، أو عدم اكتسابه، أو الفشل في تطويره إلى مستوى مناسب للعمر.
٨. اضطرابات في الأنماط الحركية.
٩. عجز واضح في بعض الجوانب أو وظائف عقلية غير عادية(بيومي: ٢٠٠٨، ١٢٦).

كما طوَّرت منظمة الصحة العالمية (IHO) من خلال الدليل العالمي لتصنيف الأمراض (ICD) معايير للكشف عن التوحد، كان آخرها الطبعة العاشرة (ICD-10) الصادرة عام ١٩٩٢م والتي نصَّت على ما يلي:

١. ظهور عجز واضح قبل عمر ٣ سنوات في مجال واحد على الأقل من المجالات التالية:

- استخدام اللغة (الاستقبالية أو التعبيرية) بوصفها وسيلة للتواصل مع الآخرين.
- اللَّعب التَّخيلي أو الوظيفي.
- التفاعل الاجتماعي المتبادل مع الآخرين.

٢. وضوح القصور في التواصل الاجتماعي المتبادل من خلال ما يلي:

- عدم التواصل البصري مع الآخرين، وعدم القدرة على استخدام الوجه أو الجسد للتَّعبير عن الانفعالات.
- الفشل في تكوين صداقات مع الأطفال ممَّن هم في العمر الزَّمني نفسه.
- عدم المبادرة في مشاركة الآخرين في أفراحهم وأحزانهم.
- عدم طلب الحنان والأمان في أوقات الخطر، وعدم تقديم ذلك للآخرين عند حاجتهم لها.
- عدم القدرة على التَّبادل العاطفي والانفعالي مع الآخرين، وعدم القدرة على تكييف السلوك ليتناسب والظروف الاجتماعية المحيطة.

٣. ظهور القصور في التواصل اللغوي من خلال ما يلي:

- تأخر أو انعدام اللغة التَّعبيرية (اللفظية) دون محاولة التَّعويض عن ذلك باستخدام الإشارات أو الإيماءات.

- عدم القدرة على النِّقاش أو الحوار مع الآخرين.
- تكرار الكلمات أو المقاطع الصَّوتية.
- اضطراب في الصوت والإيقاع، وسرعة الكلام ونغمته.
- عدم استخدام النَّمذجة أو الخيال في اللَّعب.

٤. الاهتمامات المحدودة والنَّشاطات المتكرِّرة التي تظهر من خلال:

- الاهتمام المبالغ بنشاطات محدَّدة.
- التَّعلق غير العادي بأشياء محدَّدة.
- سلوكيات روتينية محدَّدة وغير مألوفة.
- حركات نمطية بالأيدي والأصابع، أو حركات جسدية معقَّدة.
- اهتمام مبالغ بأجزاء الأشياء، أو بخصائص غير وظيفية للأشياء مثل رائحة أو صوت الشيء.
- انزعاج كبير لتفاصيل بيئية صغيرة وغير مهمة.

٥. أن لا تكون هذه الخصائص ناشئة عن الاضطرابات النَّمائية العامة، أو اضطراب أسبرجر، أو ريت، أو انحلال الطفولة، أو فصام الطفولة، أو الإعاقة العقلية(Shriver, et al: 1999, 146).

أمَّا الدَّليل الإحصائي والتَّشخيصي للاضطرابات العقلية – الطبعة الرابعة (DSM– IV) الصَّادر عام ١٩٩٤م. فقد اعتبر التوحد أحد الاضطرابات النَّمائية الشَّاملة (PDDs). وحدَّد ثلاث محكَّات رئيسيَّة للتَّشخيص، وهي:

١. توفر ستة أعراض من أصل اثنا عشر عرضاً رئيسياً على الأقل.
٢. تأخُّر أو ظهور وظيفة غير عادية على الأقل في: التفاعل الاجتماعي، واستخدام اللُّغة، واللَّعب التَّقليدي أو الرَّمزي.
٣. أن لا يكون سبب هذه الأعراض هو اضطراب ريت(American Psychiatric Association: 1994, 63).

وقد اعتمد الباحثون على المعايير والمحكّات العالمية، التي من أشهرها معايير منظمة الصحة العالمية (ICD)، والدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية (DSM)، في تطوير عدد من الأدوات والاختبارات لتشخيص التوحد. ومن أبرز هذه الأدوات ما يلي:

١. قائمة السلوك التوحدي Autism Behavior Checklist (ABC).
٢. القائمة التَّشخيصية للأطفال ذوي اضطرابات السلوك Diagnostic Checklist For Behavior Disturbed Children(E-2).
٣. جدول الملاحظة التَّشخيصية للتوحد Autism Diagnostic Observation (ADOS)
٤. مقياس تقدير التوحد الطفولي Childhood Autism Rating Scale (CARS)
٥. قائمة تقدير السلوكيات للأطفال التوحديين The Behavior Rating Instrument For Autism and Typical Children.
٦. مقياس تقدير الاضطراب النَّمائي الشَّامل (PDDR) Pervasive Developmental Disorder Rating Scale.

عند الاعتماد في التشخيص على المعايير القديمة مثل الطبعة الرابعة المعدلة من الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية (DSM-IV-TR) يُعتبر التَّشخيص الفارقي للتوحد الكلاسيكي غاية في الأهمية، نظراً لتشابه صفاته وأعراضه مع الكثير من صفات وأعراض الاضطرابات والإعاقات الأخرى مثل: اضطراب اسبرجر، اضطراب ريت، إنحلال (انفكاك) الطفولة، والاضطرابات النَّمائية الشَّاملة غير المحدَّدة، والإعاقة العقلية، والسَّمعية، واضطرابات الكلام واللغة(الجلبي: ٢٠٠٥، ١٤٤). أما الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية التي صدرت عام (٢٠١٣) فقد وضعت فيه معايير جديدة ومختلفة لتشخيص اضطراب التوحد، وحسب المعايير التي تم تحديدها لا حاجة للتشخيص الفارقي ضمن اضطرابات طيف التوحد. والجدول الآتي يوضح أهم الفروق بين المعايير التشخيصية الجديدة والقديمة:

جدول(١)

ملخص لأهم الفروق بين المعايير التشخيصية الجديدة والقديمة لاضطراب التوحد

معيار المقارنة	DSM- IV-TR (2000)	DSM- V (2013)
مسمى الفئة	الاضطرابات النمائية الشاملة(PDD)	اضطراب طيف التوحد(ASD)
بنية الفئة	مظلة لخمسة اضطرابات نمائية متقاطعة في الأعراض	متصلة لثلاثة فئات ممتدة وفقاً لمستوى شدة الأعراض
مكونات الفئة	خمسة اضطرابات هي: التوحد، اسبرجر، ريت، الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة، اضطراب التفكك الطفولي	فئة واحدة متصلة تتضمن ما يعرف ب: التوحد، واسبرجر، والاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة ضمن فئة واحدة فقط
محكات التشخيص	ثلاثة محكات: التفاعل الاجتماعي، التواصل، السلوكيات النمطية	محكين: التفاعل والتواصل الاجتماعي، السلوكيات النمطية
مستوى الشدة	خمسة اضطرابات منفصلة تمثل اختلافاً في شدة الأعراض	تحديد مستوى الشدة وفقاً لثلاثة مستويات ضمن فئة واحدة
المصاحبة لإعاقات	غير محددة	محددة: الإعاقة العقلية، اضطرابات اللغة، الحالات الطبية والجينية، اضطرابات السلوك، الكتاتونيا
المدى العمري لظهور الأعراض	٣ سنوات	٨ سنوات

(الجابري: ٢٠١٤، ١٠)

سابعًا - علاج التوحد

تتلَّخص طرق علاج التوحد في الأساليب التالية:

العلاج الدوائي: وذلك باستخدام بعض العقاقير التي تثبت أنَّها تخفِّف من أعراض التوحد مثل: Haladol, Mellan, Fenflfluramine, Megavitamins, naltrexone(السعد: ١٩٩٨، ٨٤). والهدف من العلاج بالأدوية هو تصحيح سلوكيات غير سوية قد تكون ناتجة خلل كيميائي في الدماغ(Preston & Johnson: 2003,174).

العلاج النَّفسي: ومن بين العلاجات النفسية الأكثر فاعلية مع هؤلاء الأطفال نجد العلاج النفسي السلوكي، حيث أظهر هذا الأسلوب نتائج جيدة في تطوير وتنمية التواصل والسلوك الاجتماعي لدى لأطفال ذوي اضطراب بالتوحد(السعد: ١٩٩٨، ٨٤).

العلاج الحسي: تستند المعالجة الحسية على فرضية أن الأشخاص ذوو اضطراب التوحد يظهرون صعوبات في معالجة المعلومات الحسية، وبناءً على ذلك، تم وضع العديد من الخيارات العلاجية التي تزعم تخفيف هذه الأعراض وتحسين الانتباه، وخفض أحاسيس القلق والإثارة، وتقليص السلوكيات غير المناسبة، وتحسين سرعة التعلم. وتشمل هذه الخيارات التكامل الحسي(Sensory Integration)، التكامل السمعي(Auditory Integration)، وآلة الضغط(Squeeze Machine)، والمعالجة بالموسيقا(Music Therapy)، والعدسات الملونة(عدسة إيرلين)(Irlen Lens)،والمعالجة بالدلافين(Dolphin Therapy)(الشامي(ج): ٢٠٠٤، ٢٩٥).

العلاج السَّمعي: يعمل التدريب السَّمعي على تنقية الأصوات الواردة للأذن، كما يقوم بتعديل الموجات الصوتية وبالتالي يحسِّن من القدرة على توصيل واستقبال الرسالة بشكل سليم.

العلاج بالموسيقى: تعمل الموسيقى على تهيئة الطفل لعمليَّة التفاعل الاجتماعي، وذلك بتشجيع التواصل البصري بألعاب التقليد والتَّصفيق بالقرب من العين، كما أن استخدام الموسيقى المفضَّلة للطفل يمكن أنْ تُستخدم لتعليم مهارات اجتماعية وسلوكية مثل الجلوس على مقعد أو الانتظام مع مجموعة من الأطفال في دائرة.

العلاج باللَّعب: يمكن استخدام اللَّعب لعلاج بعض الاضطرابات السلوكية لدى طفل التوحد للتَّخفيف منْ مشاعر القلق لديه، وذلك بتفريغه للطَّاقة الانفعالية للمواقف المثيرة للقلق والناتجة عمَّا يواجهه في

حياته من مشكلات، كما يساعد على تنمية المهارات الحركية الأساسية، والمهارات العقلية والاجتماعية واللُّغوية للطفل(السعد: ١٩٩٨، ٨٤).

ثامنًا - أشكال التوحد

بالرغم من أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد قد يبدو عليهم التَّشابه في الخصائص والسلوكات، إلا أنَّه لا يمكن لنا من الناحية العملية أن نجد نفس الخصائص لدى كل هؤلاء الأطفال، وحتى إنْ وجدنا نفس الخصائص فإنها في الأغلب تختلف في طريقة ظهورها أو العمر الذي تظهر فيه، أو درجة شدَّتها لدى كل طفل. وهذا ما دفع الباحثين إلى إيجاد تصنيفات لاضطراب التوحد وهي:

- التوحد التقليدي Classic Autism.
- متلازمة اسبرجر Asperger's Syndrome.
- الاضطرابات النَّمائية الشَّاملة غير المحدَّدة Otherwise Specified PDD NOS Pervasive Developmental Disorder – Not.

ولمعرفة هذه الخصائص لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد فقد تمَّ تصنيف أنماط ظهورها بهدف فهم أكثر لحالة كل طفل وما يمكن أن يقدَّم له من خدمات وبرامج علاجية. لذلك يمكن تصنيف اضطراب التوحد على النحو التالي:

أ- **التوحد التقليدي Classic Autism:** هو أحد الاضطرابات النَّمائية الشَّاملة التي تؤثر على قدرة الفرد على التواصل اللفظي وغير اللفظي(Rutter: 1993, 73)، وهو يظهر لدى الأطفال في أعمار مبكرة ويكون لديهم مشكلات في التفاعل الاجتماعي، واللَّعب التَّخيلي(العثمان: بدون عام، ٩).

ب- **متلازمة اسبرجر Asperger's Syndrome:** تم وصف هذا الاضطراب لأول مرة من قبل الطبيب الألماني هانز اسبرجر Hans Asperger في عام ١٩٦٤، وغالباً ما يُصاب الذكور بهذا الاضطراب أكثر من الإناث بنسبة (٤/١)، ويتميَّز الفرد الذي يعاني من هذا الاضطراب بوجود قدرات لغوية طبيعية من الناحية التعبيرية والاستقبالية(أبو دلهوم: ٢٠٠٤، ٣١). ولكن يكون لدى الطفل ضعف نوعي في التفاعل الاجتماعي، ولديه سلوكيات نمطية وتكرارية(العثمان: بدون عام، ٩). يتميز الأفراد الذين يعانون من اضطراب اسبرجر بعدَّة خصائص مثل: الإصرار على المماثلة، والفشل في إقامة العلاقات الاجتماعية المناسبة،

وظهور أنماط سلوكية غير طبيعية مثل طقطقة الأصابع أو التلويح بالأشياء لفترات طويلة والالتزام الشديد بالطّقوس غير الوظيفية. ومن الملاحظ عند تطبيق اختبارات الذكاء على الأفراد الذين لديهم هذا الاضطراب أنَّهم يحققون درجات ذكاء بحدود المتوسط. ويواجه هؤلاء الأفراد صعوبات في المجال الأكاديمي وخاصة في المهارات التي تتطلب الكثير من الفهم والتَّركيز، ويمكن أنْ تظهر لديهم قدرات مميَّزة في المهارات الحرفيَّة والمهنيَّة. وتتضمَّن معايير تشخيص اضطراب اسبرجر الخصائص التالية:

١. حمل وولادة طبيعيين.
٢. تطوُّر ونمو حركي طبيعي.
٣. محيط الرأس طبيعي عند الولادة.
٤. تطوُّر ونمو لغوي طبيعي.
٥. ظهور سلوكيات وحركات نمطية.
٦. ضعف القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مناسبة(Rutter: 1993, 53).

ت- الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة Pervasive Developmental Disorder – Not Otherwise Specified (PDD NOS):

تشتمل على العديد من مظاهر التوحد، ولكن في الأغلب يكون من الدرجة البسيطة، وليس الشديدة أو الشاملة لكل جوانب الاضطراب(العثمان: بدون عام، ١١). ويتميز أفرادها بمجموعة من السلوكيات النمطية والتَّأخر الواضح في القدرات اللغوية والمهارات الاجتماعية. ومن معايير تشخيص الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة:

١. لا تنطبق عليها المقاييس لتشخيص أيّ من الأنواع السابقة.
٢. ليس فيها درجة الاضطراب الموضوعة لأي من الأنواع السابقة.

وحسب الدليل التَّشخيصي للجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM–IV) فإن هذه المجموعة يتم تشخيصها كحالات توحد عندما يكون هناك اضطراب شديد في تطوُّر التفاعل الاجتماعي، أو مهارات التواصل اللغوي اللفظية وغير اللفظية، أو سلوكيات واهتمامات ونشاطات نمطية متكررة(Powers, 2006, 107).

تاسعاً - اللغة والتواصل لدى أطفال التوحد

إنَّ اللغة والتواصل اللفظي هما من أهم المشكلات الرئيسية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، حيث يواجه الكثير منهم مشاكل وصعوبات في اكتساب اللغة، فهم لا يستطيعون اكتساب الكثير من المفاهيم الأساسية التي تساعدهم على التواصل والتعامل مع الآخرين، بالإضافة إلى أنهم يفتقدون القدرة على استخدام القواعد اللغوية بطريقة سليمة تحقق لهم التواصل مع الآخرين بطريقة طبيعية.

أ- التَّطور اللغوي لدى الطفل العادي وطفل التوحد

في السنة الأولى يمرُّ معظم الأطفال بالعديد من مراحل النمو الخاصة بتعلُّم اللغة. أولى هذه المراحل هي المناغاة، ومع عيد الميلاد الأول يقول الطفل العادي كلماته الوظيفية الأولى، يستدير عندما يسمع اسمه، يؤشر بيده عندما يريد لعبة، وعندما يُعرض عليه شيء لا يحبُّه يعبِّر عن الرَّفض إمَّا باستخدام إشارة معينة مثل استدارة الرأس، أو قول (لا). في السنة الثانية من العمر يبدأ الأطفال في ربط الكلمات معاً لتكوين جمل مثل (انظر كلب) أو (كمان بسكوت). كما يستطيع أطفال هذه المرحلة العمرية اتِّباع التَّعليمات البسيطة. وتُظهر نتائج البحوث أنَّ حوالي ٥٠% من الأطفال ذوي اضطراب التوحد يقضون حياتهم بكماً ولا يتكلمون أبداً. معظم أطفال التوحد يمرُّون بالمراحل المبكرة لتطوُّر اللغة بشكل طبيعي مثل المناغاة ومرحلة ظهور الكلمة الأولى التي تظهر غالباً خلال العام الأول من عمرهم ، لكنهم سرعان ما يتوقفون عن التطوُّر بعد ذلك، ويفقدون ما اكتسبوه من كلمات. أما الأطفال ذوي اضطراب التوحد الذين يتكلمون، غالباً ما يستخدمون اللغة بطرق غير عادية أو شاذة. فقد لا يستطيع البعض ربط الكلمات معاً لتكوين جمل مفيدة، وربما لا يستخدم البعض الآخر إلا كلمات مفردة، في حين قد يكرِّر البعض نفس العبارة بغضِّ النظر عن الموقف أو السياق. وبعض الأطفال ذوي اضطراب التوحد قادرون فقط على الترديد أو التكرار الآلي لما يسمعونه(أبو حلاوة: ١٩٩٧، ١٥).

تظهر علامات كثيرة لدى الأطفال الرضع والأطفال الصغار الذين لا يستطيعون الكلام بعد، تدلُّ على أن لديهم لغة تواصل سليمة، مثل التعبير عن طريق الوجه والتَّعبيرات بالأصوات والحركات، وبالرغم من أنَّها ليست بالدِّقة التي تكون عليها اللغة المنطوقة لكنها توضح مدى وجود لغة تواصلية سليمة لدى هؤلاء الأطفال. هذه اللغة غير اللفظية توضح للوالدين والآخرين المشاعر

التي يحس بها هؤلاء الأطفال، وردود أفعالهم تجاه الأشياء، واحتياجاتهم التي يريدونها، أي أنَّها توضح مدى ثراء لغة التواصل لدى هؤلاء الأطفال. أما بالنسبة للأطفال ذوي اضطراب التوحد فإنَّ هذه الطرق غير اللفظية المبكرة دائماً ما تكون محدودة أو غائبة تماماً. ويكتسب الأطفال العاديين سريعاً قدرة ذاتية على التواصل بالطرق غير اللفظية مثل استخدام التعبيرات الوجهية للتعبير عن العواطف، وتبادل النظرات بينهم وبين الآخرين ومشاركة الآخرين الاهتمام. أما الأطفال ذوي اضطراب التوحد فيواجهون صعوبة في اكتساب كل هذه الأشياء(نصر: ٢٠٠٢، ٧٩). أيضاً يواجه الأطفال ذوي اضطراب التوحد مشكلة في التواصل غير اللفظي وهي (قراءة الأفكار)، وتعني أنَّ الطفل أو البالغ عندما يعبِّر بوجهه أو عن طريق إيماءات أو تعبيرات معيَّنة عن شيء ما يريد أنْ يقوله للآخرين فهو يعلم أنَّ الأشخاص الآخرين المحيطين سوف يفهمون ما يريد أن يقوله، لكن أطفال التوحد يفتقدون هذه القدرة، أي تنقصهم ما يسمَّى بنظرية العقل (theory of mind)، أي أنهم لا يدركون ما يفكر أو يشعر به الآخرين، وبالتالي لا يكون عندهم القدرة على المشاركة(المرجع السابق، ٨٠).

ب- الآراء العلمية التي تفسِّر الخلل اللغوي لدى ذوي اضطراب التوحد

- يعتقد العديد من المتخصصين أن اضطراب اللغة والتواصل لدى ذوي اضطراب التوحد يحدث نتيجة عوامل متعددة تحدث إما قبل أو أثناء أو بعد الولادة تؤثر على نمو الدماغ(www.gulfkids.com).
- كشفت الدِّراسات الحديثة عن وجود انخفاض نسبي واضح في نشاط النصف الكروي الأيسر من الدِّماغ لدى الأفراد ذوي اضطراب التوحد، وبما أن النصف الكروي الأيسر من الدِّماغ هو المسؤول عن عملية التواصل وتتوزع فيه مراكز اللغة، فهذا يفسِّر حدوث اضطراب في اللغة والتواصل لدى ذوي اضطراب التوحد(رياض: ٢٠٠٨، ١٣٠).
- يعالج ذوو اضطراب التوحد المعلومات اللغوية في النصف الأيمن من الدِّماغ، ممَّا يؤدي إلى عدم ترجمة المعلومات بطريقة فعَّالة(الشامي(أ): ٢٠٠٤، ١٧١).
- يتعلَّم ذوو اضطراب التوحد اللغة بأشكالها الكلية بطريقة الجشتالت، وهذا يعني أنهم يتعلمون الكلمات دون فهم معناها فهماً حقيقياً، لذا يبدؤون تعلُّم الكلام عن طريق المصاداة وتكرار كلام الآخرين بنفس النغمة والنبرة التي ينتجها المتكلم(الشامي(ب): ٢٠٠٤، ٢٦٣).

- يُعتبر الانتباه عنصر أساسي في عملية التواصل، وبما أنَّ ذوي اضطراب التوحد يفشلون في الانتباه إلى الأشياء التي ينتبه إليها الآخرون، ويحتاجون إلى توجيه من قبل الآخرين حتى يوجِّهوا انتباههم إلى شيءٍ معين، إذاً هم غير قادرين على التواصل مع من حولهم بشكل سليم.
- عدم قدرتهم على استخلاص المفاهيم من اللغة نتيجة ضعف التَّمييز السَّمعي لديهم، إضافة إلى المشاكل في الإدراك السَّمعي(نصر: ٢٠٠٢، ٨٣).
- نظرية العقل التي تُرجع العجز اللغوي لذوي اضطراب التوحد إلى طريقة تفكيرهم، التي تتَّسم بقصور في الجانب المعرفي الاجتماعي، وتجعلهم غير قادرين على قراءة أفكار الآخرين وفهم مشاعرهم(خطاب: ٢٠٠٥، ٩٨، الظاهر: ٢٠٠٩، ٩١).

ت- سمات اللغة اللفظية لدى ذوي اضطراب التوحد:

نقلاً عن رياض(٢٠٠٨: ٩٧) أنَّه ذكر كل من كوهين (٢٠٠٠)، والبطاينة (٢٠٠٧)، أن كلام ذوي اضطراب التوحد يتصف بالآتي:

١. المصادادة Echolalia:

وهي ترديد الكلام المسموع بعد سماعه مباشرةً، أو بعد فترة من سماعه، إلى أكثر من ثلاث سنوات.

٢. اللغة المجازية Metaphorical Language:

يكوِّن طفل التوحد لغة مجازية خاصَّة به لا يعرفها إلا من يحيط به مثل قوله: (أريد أن أركب الأخضر) وهو يقصد بذلك أريد أن أركب الأرجوحة الخضراء، لأنَّه عندما ركب الأرجوحة لأول مرَّة كانت خضراء اللون. وبالمقابل لا يستطيع فهم اللغة المجازية التي يستخدمها الآخرون.

٣. الكلمات الجديدة Neologisms:

تسمية الأشياء بمسمَّيات خاصَّة يخترعها الطفل لا يعرفها إلا المحيطين به.

٤. الاستخدام العكسي للضمائر Pronoun Reversal:

يستخدم كلمة (أنت) بدلاً من (أنا).

٥. الصوتيات phonetics:

يتميَّز ذوو اضطراب التوحد بنبرة صوت شاذة غريبة، ميكانيكية تتصف بالرَّتابة.

٦. المفردات Vocabulary:

تكون قليلة، فهناك تأخُّر شديد في الحصيلة اللغوية نتيجة للتَّأخر في الكلام.

٧. بناء الجملة الكلامية Syntax:

يُلاحَظ على ذوي اضطراب التوحد تأخُّر في القدرة على ربط الكلمات لبناء الجمل، وصعوبة في استخدام الضمائر وخلط بين المفردات مثل(هنا وهناك، الآن ولاحقاً، أنت وأنا).

٨. دلالات الألفاظ Semantics:

يعاني ذوو اضطراب التوحد من صعوبة في إدراك مدلول الكلمة المجرَّدة أو الجملة المجازية، فهم يفهمون الكلام بشكل حرفي، فلا يفهمون معنى (تقطَّعَ قلبي) إلا بالمعنى الحقيقي لها، ولا يقبلون دلالة اللفظة لأكثر من معنى مثل (ورقة كتاب وورقة شجر)، ولا يتقبلون دلالة كلمتين على شيء واحد مثل: (قفل الباب ومزلاج الباب).

ث- مشكلات التواصل اللفظي لدى أطفال التوحد

تتفاوت مشكلات التواصل لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وهذا يعتمد على النمو العقلي والاجتماعي لدى الأفراد. فقد يكون بعضهم غير قادر على الكلام، بينما نجد آخرين منهم لديهم مفردات لغوية كثيرة وقادرون على التحدث بعمق وبالتَّفصيل في موضوعات تهمُّهم. وعلى الرغم من هذا الاختلاف فإنَّ غالبية الأطفال ذوي اضطراب التوحد Autistic Children لديهم مشكلات في اللغة، ومعظم المشكلات التي يعاني منها هؤلاء الأطفال تتمثل في عدم القدرة على استخدام اللغة بفاعلية وبشكل وظيفي في المواقف الاجتماعية. معظم هؤلاء الأطفال أيضاً يعانون من مشكلات في معاني الكلمات والجمل، وكذلك في الإيقاع والتنغيم. هناك مجموعة من الأطفال ذوي اضطراب التوحد يتحدثون في غالب الأحيان بكلمات ليس لها معنى. على سبيل المثال، طفل التوحد Autistic Child قد يعد مراراً وتكراراً من ١–٥ دون أن يعرف معاني هذه الأرقام أو مدلولاتها، وهو ما يسمى المصادادة Echolalia، وهو عبارة عن تكرار الفرد لشيء ما سبق الاستماع إليه. ويستخدم الطفل نوعاً من المصاداة يطلق عليه المصاداة الفورية، تظهر عندما يكرر الفرد السؤال الذي يطرح عليه، فمثلاً عندما تسأله: هل تريد شيئاً لتشربه؟ فبدلاً من أن يجيب بنعم أو لا، يكرر نفس السؤال مرة أخرى. بينما قد يستخدم آخرون عبارات ليست في مكانها الصحيح كأن يبدأ المحادثة مع أصدقائه أو أهله بقوله" اسمي توم". بينما بعض الأطفال من ذوي اضطراب التوحد يكرِّرون عبارات مسموعة مثل تلك التي يسمعونها أثناء الإعلانات التجارية بالتلفزيون. كما أن بعض أطفال التوحد من ذوي الذكاء المرتفع يكونون قادرين على التحدث وبفهم عميق حول المواضيع التي تهمهم مثل

التحدث عن الديناصورات، ولكنهم غير قادرين على توظيف ذلك في محادثة تفاعلية أو تشاركية مع الآخرين حول تلك الموضوعات(http://special-needs.org/index.php?option=com).

ويمكن تلخيص مشكلات التواصل اللفظي فيما يلي:

١. عدم تطوُّر اللغة، وتوجد هذه المشكلة عند (٥٠%) من الأطفال ذوي اضطراب التوحد.
٢. تطوير اللغة بشكل غير طبيعي وغير وظيفي، وتوجد عند (٢٥%) من الأطفال ذوي اضطراب التوحد.
٣. تطوير مهارات اللغة الطبيعية مع وجود بعض المشكلات في ذلك، وتوجد عند (٢٥%) من الأطفال ذوي اضطراب التوحد الذين لا يعرفون كيف يشاركون أو يستمرون في النقاش.
٤. صعوبة إدراك أن اللغة تفاعلية، فالطفل التوحدي يواجه مشكلة في إدراك الدَّور التواصلي والتفاعلي للغة، من خلال تبادل المعلومات والأفكار والمشاعر بين المتحدث والمستمع(Mundy & Stella: 2000, 274).
٥. ندرة وجود التَّلميحات أو الإشارات المبكرة للتواصل الأولي (كالإشارة إلى شيء للفت انتباه شخص ما إليه) سواءً في مرحلة ما قبل اكتساب اللغة أو بعدها.
٦. محدوديَّة واضحة في التواصل اللفظي والاقتصار على التَّعبير عن حاجات معينة أو تصنيفات بسيطة، ولا يتضمن ذلك تقديم معلومات جديدة وتعليقات حول نشاطات معينة(Target: 1999, 56).
٧. العجز الحواري وعكس الضمائر: حيث يعاني طفل التوحد من صعوبات واضحة في السِّياقات الحوارية التي تظهر في العجز الحواري الواضح في فهم علاقات (المتحدث – المستمع) وتؤدي إلى أخطاء عديدة في عكس الضمائر، وبالتالي تعكس هذه الأخطاء وجود مشكلة في التمييز والفصل بين الذات والآخرين(الخفش: ٢٠٠٧، ١٢٨).

ج- علاج مشكلات اللغة والتواصل لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد

عندما يشك الطبيب في وجود التوحد أو أي عجز نمائي عند الطفل فإِنّه يحوّله إلى فريق من المتخصِّصين؛ يتضمن اختصاصي تربية خاصة، اختصاصي علاج اضطرابات الكلام واللغة، حيث يقومون باجراء تقييم شامل للطفل من النواحي المختلفة، ومعرفة التشخيص الصحيح للتَّمكن من تصميم وتطبيق برامج علاجية خاصَّة بهذا الطفل، كل حسب اختصاصه. ومن الشروط التي تستوجبها هذه البرامج العلاجية:

١. يجب أنْ تكون مصممَّة ومخطَّطة بصورة فردية، بحيث تكون مناسبة لقدرات الطفل.
٢. يجب أنْ تكون قائمة على معرفة علميَّة تامَّة بكل مراحل نمو اللغة عند الأطفال، وكل ما يمكن أن يؤثر على هذا النمو من عوامل صحية، أو وراثية، أو بيئية.
٣. يجب أنْ تستهدف تحسين كل مكونات اللغة (الفونيمات، المعاني، الصرف، النحو، الاستخدام).

وهذه البرامج تقوم على أسس علمية مدروسة، وفنيات متنوعة مثل اللعب، الموسيقى، الفن، الصور، التقليد ..... وغيرها، وعلى استخدام الوسائل والأدوات المناسبة.

الفصل الثاني

الإطار النظري

المبحث الثاني-العلاج النفسي الحركي

- لمحة تاريخية
- التعريف بالعلاج النفسي الحركي
- أهداف العلاج النفسي الحركي
- التربية النفس-حركية
  - المنهج النفسي الحركي
  - تصنيف المهارات النفس-حركية في المنهج النفسي الحركي
  - صفات المعالج النفسي الحركي
  - محاور العلاج النفسي الحركي
  - مواصفات غرفة العلاج النفسي الحركي
- علم النفس الحركي
- النمو النفسي الحركي للطفل العادي والطفل التوحدي
- النظرية النفس-حركية للعقل البشري
- العلاقة النفسية الفسيولوجية
- فسيولوجية الإدراك والإحساس
- العلاج الحركي للتوحد
- النظرية وراء العلاج النفسي للتوحد
- استخدام أنماط الحركة لتطوير أو إعادة تطوُّر النِّظام العصبي

الفصل الثاني
العلاج النفسي الحركي

١- لمحـــة تاريخية

مصطلح "العلاج النفسي الحركي" هو مصطلح ألماني. استعمل ويليام جريسينجير، وهو أحد مؤسسي طب الأمراض النفسية العصبية، مصطلح "العلاج النفسي الحركي" للمرة الأولى في عام ١٨٤٤. على أية حال، اتَّخذ مصطلح "العلاج النفسي الحركي" حياة مستقلة، ثم طُوّرت منه مفاهيم مختلفة، على مرِّ السنين، وفي البلدان المختلفة. بينما كُلّ تلك المفاهيم المختلفة طورت بشكل متوازي مع بعضها البعض، ولم يكن هناك اتصال كبير بينها، سوى تشابهات يجب أن تُفهم في ضوء التأريخ الثقافي المتباعد للبلدان المختلفة(Daley: 2002, 99).

في ألمانيا، أثر عمل عالم النفس الألماني "جريسينجر "Griesinger" على أعمال الطبيب النفسي الألماني سايمون "Simon" في كتابه "Aktive Krankenbehandlung of the Irrenanstalt "، والذي كان يبحث عن منهج أكثر فاعلية تجاه المرضى الذين يعانون من أمراض عقلية. وعلى النقيض من المفهوم الذي كان سائداً والقاضي بحبس المرضى الذين يعانون من أمراض عقلية، كانت هذه الطرق العلاجية تهدف إلى معالجة وتفعيل الجزء السليم من الشخصية الذي لا يزال موجوداً لدى كل مريض نفسي، ولذلك فإن تطبيق النشاطات الحركية للمرضى النفسيين في مستشفيات الأمراض النفسية كان يدعى "العلاج الفعال"، وقد أوصى بملء اليوم بجميع أنواع تلك الأنشطة. وتم اعتماد مفاهيم سايمون Simon من قبل عدة أطباء نفسسين هولنديين وبلجيكيين مثل (Van de Scheer، Kraus، Van Andel، Vanderdrift، Pierloot). وبعد الحرب العالميىة الثانية انتشرت هذه الأفكار على نطاق واسع وخاصة في هولندا وبلجيكا (فلاندرز)، وفي ألمانيا، حيث أن معلِّمي التربية البدنية طوَّروا في البداية نوعاً من العلاج الحركي وهذا العلاج الحركي كان موجوداً في طريقة علاجية فعالة مستمدة من التعليم البدني مثل الرقص والرياضة للكبار وفيما بعد للأطفال. وكانت الملاجئ

والمؤسسات المكبوحة مشكوكاً بأمرها فقاموا بفتح وتطوير مراكز الطب النفسي. وكان لفلاسفة مثل Merleau-Ponty, Sartre,Kierkegaard, Husserl, Heidegger دوراً كبيراً في هذا الانقلاب الجديد في الطب النفسي. زادت ترسانة العلاج النفسي الحركي في الطب النفسي، وهذه العلاجات الحركية لاقت قبولاً في مؤسسات الطب النفسي. كما كان لأعمال كل من بويتينديك "Buytendik"عام (١٩٤٨) "النظرية العامّة للسلوك والحركة الإنسانية"، وغورديجن "Gordijn" التعليم الحركي" عام (١٩٦١)، مكانة هامة في هذا المجال. إن النشاط الحركي بالنسبة للمرضى النفسيين تطور نتيجة التطور المستمر في التفكير الإنساني بشكل عام وفي طبّ الأمراض النفسية ودراسة العضلات بشكل خاص. ففي البداية كان العلاج الحركي قائماً، ثم تحول الاهتمام من النشاط الحركي إلى كيفية تحرّك الأشخاص في العلاقة مع بيئتِهم وكيفية ممارستهم للنشاط الحركي في مهامهم، نشاطاتهم، ومسؤولياتهم. كانت الفكرة الرئيسية وراء العلاج النفسي الحركي التفاعل بين النشاط الحركي والعقل. وإشتقّت الطرق من نظريات توجيه الجسم مثل الاسترخاء، والوعي الحسي الحركي. ومن خلال هذه التطوّرات أصبح العلاج الحركي "الحركة، وتوجيه الجسم" نوع من العلاج النفسي. لذا فإن مصطلح "العلاج النفسي الحركي (PMT) كان الأفضل(Probst:2010, 110).

في فرنسا، اكتشف دوبر Dupre المصطلح ثانية حوالي عام ١٩٠٥. ثم جاء كل من والون، دي أجورياجويرا، بيرجيس، ستامباك وآخرون وطوّروا العلاج النفسي الحركي للأطفال استناداً إلى (علم أصول التعليم، علم النفس، وطبّ الأمراض العقلية). نشأت عن هذه النظريات مهنة التعليم النفسي الحركي، التدريب، والعلاج، وأساس هذه الأفكار هو الربط بين الجسم والعقل استنادا إلى النظرة التحليلية النفسية. وقد طوّر هذا التخصص في البلدان الرومانية(المرجع السابق، ١١١).

في هولندا، يعتبر العلاج النفسي الحركي أساسياً، حيث تعود جذوره إلى القرن العشرين عندما شجعوا الحركة ورياضة الجمباز للمرضى النفسيين. وبعد الحرب العالمية الثانية بدأت العديد من المصحات والمستشفيات النفسية بتقديم العلاج الحركي، وفي عام ١٩٦٠م أسست الجمعية الهولندية للعلاج النفسي الحركي (NVPMT)، وأصبح علاج تطوير الجسد عاملاً هاماً في هولندا يجاري العلاج النفسي الحركي في مختلف الدول مثل برنامج (Pesso) في الولايات المتحدة الأمريكية، (الاسترخاء) في اسكندنافيا، و(Petzold) في ألمانيا. وبدأ التدريب على العلاج النفسي الحركي لمعلمي التربية البدنية بإشراف الجمعية الهولندية للعلاج النفسي الحركي من خلال تدريس مقرر خاص (يوم واحد في الأسبوع) خلال ثلاث سنوات. وتضم الجمعية حالياً حوالي ٦٤٠ عضواً(www.psychomotr.org).

استند العلاج النفسي الحركي في هولندا على منظور بيولوجي نفسي اجتماعي شامل، ويعتبر كل من (الحركة، والخبرة الجسدية) عاملان رئيسيان في العلاج النفسي الحركي للتأثير على مظاهر السلوك، حيث يحدث التكامل في الإدراك والمشاعر والسلوك من خلال الخبرات الحركية، ويتم اختبار سلوكات جديدة في مواقف الحركة ووعي الجسد(Daley: 2002, 104).

في بلجيكا، منذ ١٩٦٢، في فلاندرس، دخل العلاج النفسي الحركي في دراسات (الماجستير) من "دراسة العضلات، إعادة التأهيل، والعلاج الفيزيائي". ومنذ ١٩٦٥، تكامل العلاج النفسي الحركي بشكل منظّم في مختلف برامج المرضى النفسيين في هولندا، ألمانيا، وبلجيكا (فلاندرس). حيث أن مفاهيم سايمون تم تبنيها من قبل العديد من الأطباء النفسيين الهولنديين والبلجيكيين مثل "فان دي شير، كروس، فان أنديل، فاندر دريفتوبيرلوت" بعد الحرب العالمية الثانية، وهذه الأفكار والمفاهيم نالت موافقة واسعة الانتشار خصوصاً في هولندا، وبلجيكا (فلاندرس)، وألمانيا(Probst:2010, 112).

في هنكاريا، سمِّي "العلاج الأساسي" وأسس من قبل مجموعة متنوعة من المحترفين من (أطباء أعصاب، أطباء نفسيين، أطباء عيون، علماء نفس، معلمين التربية الخاصة ...إلخ) الذين أرادوا إيجاد العلاج التطويري المتكامل، الذي قد يُحدث نظام عصبي من خلال جعل وصلات عصبية جديدة وثابتة تشتبك خلال تطور نظام تنسيق الحركة. هذه الطريقة هي العلاج النفسي الحركي الذي يهتم بالتطور الحسي الحركي الموجّه بأنماط الحركة في تعاقب نماذج حركة الأشخاص. استعمال هذا النمط من العلاج التطويري يمكن أَن يكون مؤثرا على حالات مثل (إصابات الدماغ الطفيفة minimal brain injury (MBI)، اضطراب فرط النشاط وعجز الانتباه attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD)، التأخر العقلي mental retardation (MR)، اضطرابات النطق وعسر الكلام dyslalia/dysphasia، وعُسر القراءة والكتابة التطوري developmental dyslexia/dysgraphia (DD). وهذا العلاج اعتمد على البرنامج الذي طور من قبل (طبيب الأعصاب "Delacato"، والجراح العصبي "Temple Fay"، والمعالج الفيزيائي "Glenn Doman" في مركز التأهيل في فيلاديلفيا، حيث طور العلاج النفسي الحركي من خلال الاعتماد على الدراسات الاساسية في هذا المجال ودمجها مع النتائج والاكتشافات العلاجية الأخيرة، وبالاستناد إلى الحقيقة التي تقول بأنّ كل طفل يولد تقريباً بـــ ١٢ألف مليون خلية دماغية وستستعمل فقط ١٠ % من هذه الخلايا خلال حياته. لذا، فإننا نهدف إلى تنشيط "ما يسمّى بالخلايا الخاملة" وقيادتها للسيطرة على وظيفة الخلايا المتضررة أو غير الناضجة. وهذا التعاقب في السيطرة يمكن أَن يتم بسهولة من

خلال ملاحظة تطوير الحركة باستمرار. والنتيجة هي أن الطفل يمكن أَن يقرأَ بطلاقة، ويمكن أَن يَتحرّكَ كالآخرين و بما فيه الكفاية ليأخذ مكانه في المجتمع وبين الأطفال الآخرين، الذي يقبلونه بكل معنى الكلمة كطفل "طبيعي". ومن خلال الرصد المستمر للنتائج ومقارنتها بالنتائج الأخرى أثناء عملية العلاجِ الفرديِ، فإننا نُطوّرُ وبشكل ثابت الأدوات المختلفة لهذه الطريقة(Pedagógia: 1994, 17).

٢- التعريف بالعلاج النفسي الحركي Psychomotor therapy

يعرف العلماء العلاج النفسي الحركي بأنَّه:" أحد وسائل العلاج الطبيعي، ويعني الاستخدام العلمي لحركات الجسم وشتى الوسائل المختلفة المبنية على أسس من علم التشريح والفسيولوجيا والعلوم التربوية والنفسية لأغراض وقائية وعلاجية بهدف المحافظة على العمل الوظيفي وإعادة تأهيل الأنسجة الدماغية قبل وأثناء وبعد الإصابة، وبذلك فإن العلاج الحركي يعتمد وسيلة هي الأكثر فعالية بين وسائل القوى الطبيعية (الحركية) من أجل الوقاية والعلاج والتأهيل عند الإصابة أو المرض أو الإعاقة(العاسمي: ٢٠١٢، ٢٩).

ويعرف "فالون" العلاج النفسي الحركي بأنَّه: "طريقة علاجية يستخدم فيها المعالج الوعي الجسدي والأنشطة البدنية، وهو حجر الزاوية في النهج الذي تتبعه مستشفيات الأمراض النفسية في العلاج والتشخيص لحالات كثيرة من الاضطرابات النفسية والحركية". كما يعرَّف العلاج النفسي الحركي على أنَّه علاج تربوي وإعادة تعلم، يعتمد على الحركة والانفعال والمعرفة، وذلك بهدف إعادة التوازن النفسي الحركي للحالات التي تعاني من مشكلات حركية ولها تأثيرات نفسية على الفرد(www.volksschulamt.zh.ch).

ومن جهة أخرى يعد العلاج النفسي الحركي آلية مشتركة بين الجانبين الجسدي والنفسي، حيث يقدم تعاوناً متبادلاً، مستنداً بذلك إلى مبادئ موجَّهة من علم النفس الديناميكي، والنظام المعرفي السلوكي، والعلاج النفسي الوجودي للإنسان، ويقوم العلاج النفسي الحركي على فلسفة متكاملة بين الجسد والعقل. كما أنه استند على نظرة شمولية للفرد، ويوجه هذه الرؤية المتكاملة وحدة العقل والجسد، وأن مظاهر التكامل المعرفي والانفعالي تظهر في قدرة الفرد على العمل ضمن السياق الاجتماعي. إن النشاط البدني في كل أشكاله وإسهاماته هو الموضوع المركزي في العلاج النفسي الحركي، فالأنشطة الحركية لها تأثيرات جسمية(Somatic)؛ حركية، عضلية، قلبية، تنفسية، وصوتية. إن قوة العلاج النفسي الحركي تتمثل في التغير الإيجابي للقوة الديناميكية لدى المتعالج، كما يعد عاملاً مكملاً للعلاج النفسي، ويمكن أن يكون جزءاً لا يتجزأ من العديد من الأساليب العلاجية

الأخرى: المعرفية، السلوكية، الديناميكية، فهو يشمل العلاج الطبي والنفسي والحركي، إضافة إلى المكونات التأهيلية. كما يعد كوسيلة للتعبير عن العلاقة بين الجسد والنفس والروح. لهذا السبب ينظر إلى الدعم الشامل للأطفال والمراهقين الذين يعانون من مشكلات نفسية وحركية باعتباره جوهر هذا العلاج؛ واللعب الحركي هو الوسيلة الرئيسية التي يتم من خلالها تحقيق ذلك. ويتم تكييف البرنامج العلاجي بشكل مستمر مع نمو الطفل واحتياجاته(Joseph & Targer – Flusberg: 2004, 27).

وعلى هذا الأساس تقوم فكرة العلاج النفسي الحركي كما يصرح "فريموت" Frimodt (2010) على فكرة الوحدة بين العقل والجسم، والذي يعني التكامل المعرفي والانفعالي والرمزي والجوانب الجسدية للفرد مع قدرته على التفاعل في السياق الاجتماعي الذي يركز على التنمية الطبية والنفسية والعصبية والتربوية، باعتباره شكلاً من أشكال العلاج والخدمات النفسية التي تقدم للأفراد الذين يعانون من مشكلات في الصحة النفسية. وبهذا الأسلوب العلاجي يمكن للتدخلات العلاجية أن تحدث تغييراً إيجابياً في الجسم والنفس، والتي تلعب دوراً مهماً في الجوانب المعرفية والاجتماعية للفرد المتعالج، سواء كان يعاني من مشكلات نفسية لها امتدادات أو أعراض حركية (كالنشاط الزائد، العدوان، الاكتئاب، الفصام...إلخ) أم يعاني من مشكلات جسدية وحركية لها أعراض نفسية، كالشلل الدماغي، والتخلف العقلي، والتوحد...إلخ.

ويوضح الجدول التالي مفاهيم العلاج النفسي الحركي في دول العالم:

الدولة	اسم العلاج
بريطانيا	العلاج النفس الحركي(Pesso): الجسد، الإحساس، الوعي. العلاج: باللعب، المغامرات، العلاج بالهواء الطلق، العلاج الموجه للجسم، العلاج المتمركز حول الجسم.
ألمانيا	العلاج النفسي الحركي: العلاج الأدائي، ممارسة العلاج التفاعلي التركيزي، العلاج الحركي، العلاج النفسي الحركي. محور العلاج: العلاج الرياضي، العلاج بركوب الدرجات النارية والهوائية.
فرنسا	العلاج الطبيعي، العلاج الجسدي، العلاج الحركي
هولندا	العلاج النفسي الحركي أسس العلاج بالوعي الجسدي
تقنيات عالمية مرتبطة بالعلاج	العلاج بالتنفس، الاسترخاء، التدريب الذاتي، اليقظة العقلية، اليوغا، العلاج بالماء، العلاج بالجري، العلاج بركوب الخيل.

(العاسمي: ٢٠١٢، ٥٦)

٣- أهداف العلاج النفسي الحركي

يهدف العلاج النفسي الحركي من خلال توظيف القدرات الجسدية عند الإنسان إلى توطيد علاقة سليمة بين النفس والجسد، وإلى العمل على تطوير الطَّاقة الذهنية، النفسية، والسلوكية بهدف إيجاد توازن وإدراك وضبط الجسد عند الأشخاص ذوي الاضطرابات سواء كانت أسبابها عصبية أو نفسية. يهدف هذا العلاج من خلال الارتكاز على تمارين وتجارب جسدية إلى تعرُّف الطفل على جسده، تدريب المهارات الجسدية التي تتعلق بالحركات الحسية الكبرى والمهارات الدقيقة، تنظيم حركته والسيطرة على ذاته، تحسين القدرة على الارتخاء، وتسهيل التعلم. كما يساهم العلاج النفسي الحركي في معالجة العجز الفكري، واضطرابات تنظيم الانفعالات والعلاقات، والاضطرابات النفسية والجسدية الخاصة بتصور الجسد. ويعمل المعالج النفسي الحركي مع كافة الاختصاصيين بهدف عدم تجزئة الشخص(Zampini, et al: 2012, 63).

٣- ١- الأهداف العامة للعلاج النفسي الحركي:

يتوجه العلاج النفسي الحركي إلى كافة الأعمار، ويسعى لتحقيق أهداف متنوعة تشمل كل جوانب شخصية الفرد. ومن أهدافه التي ذكرتها مرسيليا حسن عام (٢٠١٥):

١. تمكن الطفل من بناء جسمه في شموليته مع تفادي التشوهات الجسمية، واكسابه عناصر اللياقة البدنية والصحية.
٢. تساعده على تكوين صور ذهنية لهيكلة جسمه وما يستطيع القيام به وبالتالي إكسابه ثقة بنفسه، وتساعد الطفل على معرفة ما يحيط به من أشخاص وأشياء وربط علاقات ودية بينه وبين الآخرين، من خلال تنمية وتطوير الادراك الحسي والحركي.
٣. الوعي المكاني من خلال معرفة الطفل لأجزاء جسمه وعلاقتها بالحركات المختلفة. وتنمي لديه الوعي الاتجاهي بالجهات الأربع يمين /يسار، امام/خلف، بما يساعد الطفل على معرفة مفهوم الاتجاه وتوجيه جسمه والأشياء داخل المكان، مما ينمي لدى الطفل مهارات جسدية تسمح بالحركة المتزنة.
٤. تساعد الطفل على إدراك مفهوم الزمان من خلال التجربة الشخصية والإحساس بالحركة، مما يتيح للطفل المعرفة بالوقت، وعلاقته بالإيقاع والموسيقى وأنماط توفيقية أخرى مختلفة.

٥. تمكين الطفل من ممارسة الأعمال الحسية الدقيقة والتآزر الحركي، مما يسهم في تنمية المهارات الحركية التي تؤهل الطفل للاشتراك في الانشطة والالعاب الرياضية الجماعية والفردية(حسن: ٢٠١٥، ٥-٦).
٦. التأهيل المبكر والتحفيز النفس حركي.
٧. التربية النفس حركية وهي مهمة للاكتساب المدرسي وتتوجه لجميع الأطفال، هدفها الإحساس بالذات واكتشاف وتوظيف القدرات الجسدية، والتعبير عن النفس والتواصل مع الآخرين عبر الجسد.
٨. إعادة تأهيل اضطرابات النمو النفس حركي أو الاضطرابات الحركية المختلفة وأهمها:
   - التأخر في النمو النفس حركي.
   - اضطرابات في النضج وفي تنظيم عملية التوتر.
   - اضطرابات في معرفة و/أو إدراك الجسد والتصور الجسدي.
   - اضطرابات في الجانبية.
   - اضطرابات في تنظيم عمليتي الزمان والمكان.
   - عجز في التنسيق النفس حركي.
   - اضطرابات في المهارات الحركية.
   - الإفراط في الحركة.

وهذه الاضطرابات قد تنتج عن عدة أسباب مثل:

- الأسباب الجسدية: كالإعاقة، الاضطرابات العصبية، تأخر في النضج، الأمراض الثلثية الصبغية. وكلها لها ارتدادات على الاستقلالية، التطور النفسي، الفكري، والعلائقي للشخص.
- الأسباب النفسية: كالقلق، الإحباط، صعوبة في التفكير والتحليل. ولها ارتدادات جسدية كالصعوبات في النغمة العضلية، أو نفسية حركية أو سلوكية مثل كثرة الحركة، الخمول، اضطرابات في التركيز، العنف ...وغيرها. وهذه الاضطرابات قد تنتج عن إعاقات مختلفة منها (التوحد، الأمراض الوراثية، الشلل الدماغي ...)، ويمكن أن يرد العلاج في مثل هذه الحالات إلى البحث عن تناغم نفسي حركي(http://www.algerienhandicap.com/t1362-topic).

٣-١- أهداف العلاج النفسي الحركي لذوي الاحتياجات الخاصة:

تتجسد أهداف العلاج النفسي الحركي في الاستفادة من مزايا القدرات الإدراكية للطفل المعاق والتي تؤكد على العلاقة الإيجابية بين هذه البرامج والنمو الإدراكي والحركي والمعرفي. وتتجلى هذه الأهداف في النقاط الآتية:

١. الحفاظ على فعالية الأجزاء غير المصابة في الجسم، وإعادة عمل الجزء المصاب إلى مستواه قبل الإصابة .
٢. رفع الكفاءة الوظيفية لأجهزة الجسم وتحسين عمل الجهاز الدوري التنفسي لتعجيل الشفاء، لكي يعمل بسرعة لتوصيل الدم إلى مكان الإصابة، مما يسهل تغذية الأنسجة المصابة، ويرفع درجة حرارتها، وهذا يساعد في التخلص من الألم والتقلص، وزيادة حيوية الأنسجة المصابة.
٣. استعادة الوظائف الأساسيه للعضو المصاب مثل، استعادة الشعور بالإحساس العصبي واستعادة الذاكرة الحركية.
٤. يرفع مستوى التفاعلات الأيضيه التي تساعد في التئام الأنسجة المصابة.
٥. منع الالتصاق في الأنسجة الرخوة.
٦. تحقيق الأهداف التربوية والنفسية بالمشاركة الفعالة للمصاب في العلاج.
٧. يساعد ذوي الاحتياجات الخاصة الذين يعانون من مشكلات حركية، كالمكفوفين، والصم، والتوحد، والشلل، والعجز الحركي على تعزيز قدراتهم الحركية والتنقل بطريقة سليمة(Kalish: 1986, 208).
٨. يهدف العلاج النفسي حركي من خلال توظيف القدرات الجسدية عند الفرد إلى توطيد علاقة سليمة بين النفس والجسد، وإلى العمل على تطوير الطاقات الذهنية، النفسية، والسلوكية بهدف إيجاد نوع من التوازن بين الإدراك وضبط الجسد عند الأشخاص ذوي الاضطرابات أكانت أسبابها عصبية أو نفسية.
٩. يهدف هذا العلاج من خلال التركيز على التمارين والتجارب الجسدية لتعرف الطفل المعاق على جسده.

١٠ــ تدريب الطفل المعوق على المهارات الجسدية التي تتعلق بالحركات الحسية الكبرى وبالمهارات الدقيقة، من أجل التوافق مع متطلبات حياته اليومية، مثل الكفيف، وحالات الشلل الدماغي، وحالات التوحد.

١١ــ تنظيم الطفل لحركاته والسيطرة عليها.

١٢ــ تحسين القدرة على الاسترخاء.

١٣ــ تسهيل عملية التعلم.

١٤ــ إعطاء الطفل القدرة على التعامل مع الحياة بالرغم مما يواجهه من صعوبات.

١٥ــ السماح للطفل بتطوير شخصية مستقلة وتعزيزها عاطفيا.

١٦ــ مساعدة الطفل على مواجهة متطلبات الحياة اليومية من حيث البيئة الاجتماعية والتفاعل معها(Jeong: 2011, 38).

وتستند فوائد علم العلاج النفسي الحركي على علم النفس الرياضي، والعلاج النفسي التقليدي. وقد أشارت العديد من البحوث إلى الفوائد العديدة لهذا النوع من العلاج على الصحة النفسية للفرد، وذلك بمشاركة الأنشطة الحركية. وأهم هذه الفوائد نجملها في الآتي:

١ــ إن النشاط البدني له تأثير إيجابي على الرفاه النفسي وتقدير الذات، والمزاج.

٢ــ الحد من الإصابة بالاكتئاب أو الأعراض الإكتئابية.

٣ــ زيادة المرونة الجسمية والعقلية.

٤ــ زيادة الثقة بالنفس ومستوى التحمل والاسترخاء.

وعلى العموم، فإن النشاط البدني يبدو أن له فاعلية كبيرة في الشفاء إذا ما استخدم معه أساليب العلاج النفسي.لذلك فإن العلاج النفسي الحركي هو أسلوب علاجي قائم على الجسم من خلال ممارسة بعض الفنيات الخاصة بالجسد، كالاسترخاء، والرياضة، والرقص، والموسيقا، واللعب ... من أجل تحسين التوافق النفسي والجسدي بصورة متكاملة ضمن وحدة الكيان الفرد للشخص. ومن خلال هذا التدخل العلاجي يمكن أن يكتسب الفرد العديد من أساليب السلوك والحركة الجديدة، إضافة إلى الخبرات الجيدة التي تساعده على تعديل صورة الجسد والتي تنعكس إيجابياً على صحته النفسية(المرجع السابق: ٣٩).

العلاج النفسي الحركي يهتم بالتطوير المنتظمِ وغير المنتظم للكفاءات الحركية (الحركة، التنسيق، التوازن). إنه يُمكّن الأطفال من انطباق مهاراتهم في معالجة المعلومات، كإقامة وتطوير

علاقات الصداقة بطريقة تتوافق مع قدراتهم. فالطفل يَجب أَنْ يَتعلم كيفية التَعَامُل مع الصعوبات التي يواجهها. يُقيّمُ المعالج النفسي الحركي الصعوبات خلال تطويرِ الكفاءات الحركية، وعند الضرورة، يقدم النصائح إلى الآباءِ وهيئة التعليم خلال مناقشات فردية أو جماعيةَ. وهذا جزء مهم من عمل المعالج. وكإجراء وقائي يقوم المعالجون بتوظيف معرفتهم حول المهارات الحسّية الحركية وكيفية تطوير تقديم الدعم في قاعة الدروس(Coppenolle: 2007, 239).

٤- التربية النفس حركية

هي تربية وظائف الحركة والإدراك لدى الطفل، وهي تتعامل مع الطفل كوحـــدة متكاملـــة دون الفصل بين الجسم والسلوك والعاطفة، على أن تقدم للطفل المعلومة المجردة في صورة محسوسة يسهل عليه استيعابها والاحتفاظ بها لفترة طويلة. والتربية النفس حركية تعد بمثابة إعادة التعلم في مجالات الفراغ والصورة الجسمية والحركية والزمن والســلوك والمعرفــة والتواصــل، وهــذه المجالات تهيء للطفل اكتشاف ذاته ووعيه بنفسه، ومع اكتشافه لذاته يتحسن اكتشـــافه للآخـــرين المحيطين به ويبدأ تكيفه معهم، ومن بعدها يطور اكتشافه للعالم الخارجي ممـــا يحســـن اتصـــاله بالبيئة من حوله، وذلك في إطار من اللعب والحركة والإيقاع الجسدي المتناغم. ومنهجية التربيـــة النفس حركية لا يقتصر تطبيقها على فئة عمرية محددة، بل إنها مناسبة لكل الأعمار مـــن ذوي الاحتياجات الخاصة، ولكن يمكن تحديد وتخصيص برامج موجهة لأطفال التوحـــد أو لأي فئـــة أخرى من الإعاقات الحسية (السمعية والبصرية) بصورة خاصة حيث أن احتياجـــات كـــل فئـــة تختلف عن الأخرى(حسن، ٢٠١٥، ٤-٥).

٤-١- المنهج النفسي الحركي:

وصف كيبارد Kipard وهو منشئ المنهج النفسيِ حركي، هذا المنهج بأنه تربية حركة تطويرية إنسانية شمولية للطفل. يركز على التكامل بين الجسم والعقل ويرى الشخص وحدة متكاملة، ويدرس سلوكه الحركي ويربطه بالنشاط الذهني. إن الذين يتبنون هذا المنهج يرون أن الأطفال يلعبون بشكل حر، ويعبرون عن أنفسهم بشكل مباشر. وهم يعتبرون قوى الفرد والخبرات الحركية مهمة جداً. يتم تطبيق هذا المنهج مع الطفل المتأخر عندما يظهر السلوك المشكل، وهو يحاول التَأثير بشكل إيجابي على جميع المجالات التطويرية. وبذلك، يجب أَن يُفهمَ المنهج كتدخّل منظّم يسهّلُ التطوير والنمو. فالأطفال عندما يملكون اعتقاداً قوياً بـــ "أنا أَستطيع أَن أفعل ذلك"، هذا يجعلهم مدركين لقدراتهم الكامنة. هذه الثقة بالذّات، أَو الصورة الإيجابية للذّات، تنشأ من تجارب الجسم ومن

المهام الحركية، وليس من الكلمات المشجّعة من الآباء أَو الآخرين المحيطين بالطفل. فالتجارب من خلال الجسم تُفهم بسهولة أكثر من قبل الطفل، ويمكن استرجاعها من الذاكرة بعد وقت طويل وإظهارها بسهولة أكثر. وهذا المنهج يحتاج إلى التجارب الثلاث التالية، وكلّ منها ستحسّن فرص الإنجاز الناجح:

١. الخبرات الجسدية لتحسين الكفاءة الذاتية.
٢. اختبار الأشياء والمواد لتحسين إدراكها (ومثال على ذلك: إذا لعب الأطفال بالكرة، يمكنهم أَن يشعروا بها ويتذكّروا ميزّاتها، مثل: مستديرة، قاسية، ناعمة ... الخ).
٣. التجربة الاجتماعية لتحسين التطور المتكامل للطفل خلال هذه التجارب، حيث يتعلّم الأطفال العلاقةَ، ويتصورون عالمهم الخاص (العالم المادي) وعالم الآخرين (Jeong: 2011,13).

٤-٢- تصنيف المهارات النفس حركية في المنهج النفسي الحركي:

يمكن تصنيف هذه المهارات كما يلي:

١. **المهارات الحركية الكبرى Gross Motor Skills:** هي مجموعة من الحركات المعتمدة على العضلات الكبرى في الجسم ، ومقدرتها على الحركة ضد الجاذبية الأرضية ، فمع النمو العصبي لهذه العضلات ، المتدرج من الرأس إلى الصدر والبطن ثم الأطراف ، يمكن لهذه العضلات القيام بالحركات التوافقية ، حركة موزونة ، حيث يكون هناك انقباض لمجموعة من العضلات وفي نفس الوقت ارتخاء للعضلات المعاكسة لها ، وقد تتواجد بعض الحركات لهذه العضلات منذ الولادة ، وهي الحركات الطفولية الانعكاسية التي تعمل لحماية الطفل في تلك المرحلة ، والتي تختفي مع ظهور الحركات التوافقية والمثال على المهارات الكبيرة التي قد يشترك الجسم كله احياناً في تنفيذها، مثل مهارات كرة القدم والعاب القوى.
٢. **المهارات الحركية الدقيقة Fine Motor Skills:** هي تلك المهارات التي يشترك في ادائها مجموعات العضلات الدقيقة التي يتحرك الجسم من خلالها. وهذه المهارات تعتمد على التوافق العصبي العضلي بين اليدين والعينين مثل الرَّمي والتمرير.
٣. **مهارات الفهم والإدراك (المعرفية) Cognitive Skills:** هي مجموعة القدرات والمهارات التي تعتمد على نضوج مراكز الفكر والإحساس مثل مراكز التعلم،

الاستقبال، الإدراك، ليتم عن طريقها استخدام الأحاسيس والحركات معاً لإعطاء التعبير الواضح والمنطقي للحركة. وهي:

- **مهارة الملاحظة:** هي مهارة جمع المعلومات عن طريق استخدام واحدة أو أكثر من الحواس الخمس. فيبدأ الطفل بتركيز انتباهه ويلاحظ بدقة الطريقة التي تم بها ترتيب القطع في القاعدة الخشبية.
- **مهارة التصنيف:** حيث يتدرب الطفل على ترتيب القطع وفقا للونها أوطولها أوشكلها.
- **مهارة المقارنة:** حيث يتدرب الطفل على إجراء مقارنة بين القطع المختلفة، ويفهم نقاط الاتفاق والاختلاف فيما بينها.
- **مهارة الترتيب:** وهنا يبدأ الطفل في استخدام كافة المهارات السابقة من أجل أن يعيد ترتيب القطع داخل القاعدة الخشبية طبقا للمعايير والمفاهيم التي بنيت في عقله أثناء عملية الملاحظة والتصنيف والمقارنة.

٤. **المهارات اللغوية Language Skills:** هي القدرة على الكلام والتعبير، بالاعتماد على وجود جهاز سليم للاستقبال (السمع) وجهاز ناقل (الأعصاب) إلى مركز سليم (الدِّماغ) وأجهزة النطق (الجهاز التنفسي، الجهاز الصوتي، الجهاز الرنيني، وميكانيزمية النطق).

٥. **المهارات النفسية والاجتماعية Psychosocial Skills:** وهي القدرة على التواصل مع الأشخاص الآخرين وبناء علاقات اجتماعية سليمة ومناسبة لعمر الطفل.

٦. **المهارات المستمرة:** مثل الركض والسباحة والتجذيف وركوب الدراجات، أما المهارات المتماسكة فالمثال عليها: الغطس في الماء، أما الحركات المتقطعة مثالها المضرب وضربة الجزاء.

٧. **المهارات المفتوحة والمغلقة:** فالمغلقة يكون الأداء فيها في محيط ثابت كالضربة الأمامية على الحائط في لعبة التنس.

أما المفتوحة فيكون الأداء فيها في محيط متغير كالضربة الأمامية أو الأرضية الخلفية في لعبة التنس مع الخصم(حسن: ٢٠١٥، ١٠-١١).

٤-٣- صفات المعالج النفسي الحركي:

المعالج النفسي الحركي يجب أن يتمتع بمجموعة من الصفات حتى تمكنه من الوصول إلى الأهداف التي يسعى لتحقيقها مع الأطفال التوحديين، ومن هذه الصفات ما يلي:

١. أن يكون قريباً، ديناميكياً، يتفاعل بهدوء مع أفراد فئة التوحد.
٢. أن يكون لديه القدرة على الإصغاء.
٣. أن يكون مسيطراً على اتصاله من خلال الحركة واللغة تفاديا لانحراف الطفل بفهم اتصاله.
٤. أن يكون متابعاً للاختبارات الحسية والجسدية ليساعد أفراد فئة التوحد على فهم العلاقات التي تتواجد بين الأشياء التي يكتشفها لأول مرة، فالمعالج يضع كلمات على الاختبارات الحركية العضلية والعاطفية للطفل، وهذه تولد صورة الجسد التي هي المرحلة الأولى للهوية الذاتية، وهي تساعد أطفال التوحد على خلق اتصال من خلال التواصل النَّغمي العضلي(الجمعية اللبنانية للأوتزم: ٢٠٠٦، ٢٩).

٤-٤- محاور العلاج النفسي الحركي:

يقوم العلاج النفسي حركي على عدة محاور وهي:
١. السلوك.
٢. التواصل عبر الجسد.
٣. النغمة العضلية.
٤. تنسيق الحركات.
٥. التصور الجسدي وصورة الجسم.
٦. الجانبية.
٧. المهارات الجسدية الكبرى والتوتر العضلي.
٨. المهارات اليدوية الدقيقة.
٩. الإدراك الزماني والمكاني(http://ahlelkhair-tawasol.hooxs.com/t1905-topic).

٤- ٥- مواصفات غرفة العلاج النفسي الحركي:

يجب أن تكون الغرفة رحبه، واسعة، وذات إضاءه جيدة. كما يجب أن لا تحتوي على عناصر يمكن أن تؤذي الفرد. أما الارض فتغطى بخامه دافئه تسمح ان يمشي الفرد عليها حافي القدمين. يستحسن عدم وضع عدد كبير من الأدوات والوسائل في غرفة العلاج وذلك لكي لا يتشتت انتباه الفرد. كما أنه بهذه الطريقة يمكن ترتيب القاعة بشكل منظم و مقسم حسب الأهداف التي يتم العمل عليها.

تتراوح مدة الجلسة بين ٣٠ و٣٥ دقيقة و ذلك مرتبط بحالة الفرد و قدرته على متابعة ما يتمّ العمل على تحقيقه من أهداف مع الحفاظ على نوعية العمل، لذلك لا نتردَّد في ايقاف الجلسه اذا شعرنا أنَّ الفرد متعب و غير قادر على التركيز، وعلى العكس يمكن تمديد الجلسه إذا انتهى الوقت المحدَّد وكانت اللعبه في ذروتها، والطفل لا يزال نشيطاً وراغباً في المتابعة(https://en.wikipedia.org/wiki/Psychomotor_learning).

٥- علم النفس الحركي

بدأ العلم النفسي الحركي مع دوبريه في أول القرن الماضي، وأصبح هذا العلم يأخذ مكانه في الأبحاث والأعمال المتعلقة بتطور الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد. والعلم النفسي الحركي هو دمج للوظائف الجسدية الحركية والذهنية، وهو يتوجه للكائن بكليته ويعتبر الجسم صلة الوصل بين الإنسان ومحيطه. إن هذه النظرية الموحِّدة بين الجسم والعقل عند المولود الجديد أثبتت مع أبحاث فالون الذي ركز على التواصل الجسدي والعقلي. فالتطور الأول للطفل يكون على صعيد الجسم ويكون القاعدة الأولى لإمكانية تطوُّر العلاقات من جهة، سواءً بين الطفل وبيئته، أو بينه وبين الآخرين، والتعلم في المستقبل من جهةٍ أخرى. وهو يهتم بالتطور العام للشخص، ويدرس السلوك الحركي مع ربطه بالنشاط العقلي، الحياة النفسية، الحياة العاطفية، والحياة العلائقية(http://www.algerienhandicap.com/t1362-topic).

٦- النمو النفسي الحركي للطفل

٦-١- النمو النفسي الحركي للطفل العادي: يبدأ النمو النفس حركي للطفل من المرحلة الجنينية ويستمر عبر مراحل حياته:

أ- الحياة ما قبل الولادة:

قديماً لم يكن احد يتكلم عن قدرات الجنين ولكن التجارب والبحوث أثبتت وجود قدرات لدى الجنين إذ تبدأ حواسه بالعمل حتى ما قبل الولادة:

- السمع:

يسمع الجنين وابتداء من الشهر الخامس أصوات الأم ودقات قلبها ومعدتها. كما يسمع الأصوات الخارجية ويتأثر بالموسيقى.

- اللمس:

يعيش الجنين في محيط مائي يؤمن له حساسية لمسية معينة، ولكن للجنين قدرة على الشعور باللمس عبر بطن الأم. والملاحظ أن الجنين يستجيب للمحفزات الحسية اللمسية بالتحرك داخل بطن أمه. إذ تشعر بحركات الجنين بدءا من الشهر الرابع.

- التذوق:

أظهرت التقنيات الطبية أنَّ الأجنة يمصُّون إصبعهم وهم بذلك يتذوقون السائل المحيط بهم في بطن الأم (يميل إلى الحلاوة).

ب- نمو القدرات بعد الولادة:

تشكل الأم صلة وصل بين الطفل الحديث الولادة والعالم الخارجي، إذ أنَّها الوحيدة القادرة على فهم احتياجاته وتلبيتها. هذه الحاجات لا تنتهي عند تأمين الغذاء والنظافة والنوم إنَّما تتعداها لتشمل حاجات عاطفية تأخذ منحى خاصاً في هذا العمر المبكر. يحتاج الطفل حديث الولادة وحتى عندما يكبر إلى المقاربة الجسدية مع والدته ممَّا يؤمن له شعورا أفضل بوحدة جسده وبالأمان. العلاقة الجسدية هي أولى العلاقات التي يكونها الطفل والتي تجعله يشعر بوالدته إذ تصله انفعالاتها وحالتها النفسية عبر التوتر الذي يعكس أحاسيسها وانفعالاتها(روشان: ٢٠٠١، ١٢).

٦-٢- النمو النفسي الحركي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد: معظم أطفال التوحد يعانون من تأخر في النمو النفسي الحركي، الذي قد يكون مؤشراً ينبِّه الوالدين على وجود مشكلة لدى الطفل، حيث أن الشذوذ في الحركة يسبق عادةً ظهور الأعراض الكلاسيكية للمرض.

أ- علامات الشذوذ النفسي الحركي التي قد تظهر لدى طفل التوحد:

١. ضعف المبادرة بالحركة مثل المبادرة إلى الحضن.
٢. بطء في النمو النفس-حركي (تثبيت الرأس، الجلوس، الحبو، المشي، السمع، اللمس، التذوق، الكلام).
٣. نقص في التوتر العضلي.
٤. نقص في التعبير الجسدي.
٥. خلل في التَّنسيق بين أجزاء الجسم.
٦. استخدام القليل من الحركات التقليدية، التفاعلية والرمزية (الإشارة إلى شيء معين، التعبير عن الوداع، ......).
٧. صعوبات في بدء الحركة.

٨. اضطرابات في القدرة على تخطيط وتنفيذ الحركات.
٩. عدم القدرة على رمي والتقاط الأشياء.
١٠ـ اضطرابات في المهارات الدقيقة من حيث السرعة، والدقة، وتكون أكثر تأثُّراً من المهارات الشاملة.
١١ـ صعوبات في التوازن الثابت، والتوازن الديناميكي(حرب: ٢٠١٥، ٥).

ب- سمات التواصل الجسدي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد:

يكون التواصل الجسدي لدى طفل التوحد إمَّا:

١. ملتصق بالشَّخص الآخر(لا يستطيع الانفصال عن أمه).
٢. لا يحتمل اللمس الجسدي (الطفل لا يتقبل أن يلمسه شخص آخر)، وهو عكس الحالة الأولى.
٣. الخوف من التواصل وجهاً لوجه (يفضل وجود مسافة بينه وبين الأشخاص، ويفضل النظرة الجانبية للأشياء أو الأشخاص)، ويمكن أن تؤدي أي محاولة اتصال معه عن قرب إلى مظاهر القلق، والغضب، والعدوانية.
٤. شذوذ في الإدراك الجسدي، ويشمل:
- عدم إدراك للبنية والوحدة الجسدية المادية (يدرك جسمه كأجزاء منفصلة عن بعضها).
- عدم القدرة على تصوُّر حدود جسمه، مما يؤدي إلى عدم قدرته على تنظيم حركته في المكان، لعدم قدرته على تقدير المسافة بينه وبين الأشياء أو الأشخاص بشكل صحيح.
- لا يفرق بين جسده وجسد الآخرين.
- يستخدم الآخرين كأشياء.
- لا يتفاعل مع صورته في المرآة.
- غير مدرك للخطر.
- تأخُّر في هيمنة القسم المسيطر من جسمه(المرجع السابق: ٦).

ت- تشوُّهات التَّنمية الحسِّية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد:

- **نظام السمع:** يتَّسم النِّظام السَّمعي لدى طفل التوحد بما يلي:

- غير مبالٍ للصوت والنِّداء: كثيراً ما يشكو أولياء الأطفال ذوي اضطراب التوحد، من أنَّ أطفالهم التوحديين يعانون من نقص سمع، ذلك لأنهم لا يستجيبون عند مناداتهم بأسمائهم، ولا يهتمون لحديث الآخرين معهم.
- الاهتمام الانتقائي للصوت: أي أن هؤلاء الأطفال بالرغم من عدم استجابتهم للأصوات إلا أنه قد يتعلق بأصوات محددة يستجيب لها دون غيرها. (على سبيل المثال قد يحب الطفل أغنية معيَّنة، أو أصوات من برامج تلفزونية محددة، مثل الإعلانات، أو برامج الأطفال، فينتبه للصوت مباشرةً بمجرَّد أن يسمعه).
- الخوف من بعض الأصوات: يبدي بعض أطفال التوحد حساسيّةً زائدة لأصوات محددة قد تؤدي إلى القلق والذّعر لدى الطفل كلما سمعها.
- حدَّة السمع: يعاني بعض أطفال التوحد من اضطراب في العتبة السمعية، فالأصوات التي تكون شدّتها ضمن الحدود الطبيعية بالنسبة للأشخاص العاديين، قد يسمعها هؤلاء الأطفال بشدَّةٍ أعلى ممَّا هي عليه في الحقيقة، فيظهرون الإنزعاج من سماع هذه الأصوات.

- **النظام الدهليزي:** الاضطراب في النِّظام الدِّهليزي يؤدِّي إلى ظهور مشكلات عديدة لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وهي:
  - عدم الاستقرار في الحركة.
  - اعتماد حركات ثابتة وديناميكية محددة.
  - الخوف من حركات سريعة ومفاجئة.
  - القلق عندما يكون القدمين مرتفعين عن الأرض.
  - البحث عن التقلّبات والدّوران.

ويمكن علاج هذه المشكلات في الحسّ الدّهليزي من خلال نشاطات تجعل الطفل يحس بالإحساس العميق، ليحسّ أن جسده موحّد، وليس قطع وأجزاء منفصلة.

- **النظام البصري:**

- الاهتمام القوي بالتَّفاصيل أو بأصغر العناصر: لا يهتم طفل التوحد بالأشياء بكليتها بل يهتم بأجزاء صغيرة محدّدة دون الأجزاء الأخرى، (على سبيل المثال: لا يلعب بسيارته (اللعبة) ويتعامل معها بشكل كلي، بل يقضي أوقات طويلة وهو يحرك دولاب السيارة فقط).

- بطء تتبع العين: يواجه أطفال التوحد صعوبة في تتبع حركة الأشياء بالعين.
- النظرة الجانبية: بعض أطفال التوحد يفضِّلون استخدام الخصائص الطرفية من النظـــام البصري على حساب خصائص نظام الرؤية المركزي.
- زيادة الحساسيّة للضّوء: يظهر بعض أطفال التوحد إنزعاجاً قويًّا من الضَّوء، لدرجـــة أنهم قد يغمضون أعينهم عند إشعال أي إضاءة عادية، وقد يكون العكس، حيث يقضي الطفل ساعات طويلة وهو يحدّق في الأضواء.
- مهارة عالية في المهام الإدراكية البصرية: تكون الذاكرة البصرية لدى بعـــض أطفـــال التوحد قويةً جداً، تمكِّنهم من إنجاز المهام الإدراكية البصرية بمهـــارة، (علـــى ســـبيل المثال: يقوم بتركيب قطع البزل بدقَّة وسرعة قياسية، مهما كانت درجة صعوبتها).
- اضطراب في التناسق البصري الحركي: هذا الاضطراب يخلق لدى الطفل صـــعوبات في تنفيذ العديد من المهام، (مثلاً: لا يستطيع الإمساك بالكرة، لأنه لا يتمكن من التنسيق بين حركته والنظر إلى الكرة في ذات الوقت).

- **نظام اللمس:**
  - نقص _ فرط الحسَّاسية اللَّمسية للأشياء أو الأشخاص.
  - نقص _ فرط الإحساس بالألم(المرجع السابق: ٧-٨).

٧- النظرية النفس – حركية للعقل البشري Psychomotor Theory Of Human Mind

ذكر أونر تان üner Tan في دراسته عام (2007, 137) عدَّة نظريات أساسية تتعلق بالعلاقة بين العقل/الجسد، أو العقل/الدماغ، وحقائق علمية حول التفاعلات النفسية الحركية. أشارت هذه النظريات إلى أنه في المجال النفسي حركي ليست ثنائية (العقل/ الدماغ) هي الأساسية في الصحة والمرض بل ثلاثية (العقل – الدماغ – الجسد)، لأن النشاطات العقلية (العقل) لا تنتهي في الدماغ إنما تتحكم أيضاً بالحركات (الجسد).

وقد بينت الدراسات عدة أمور حول هذا المجال، ومنها، **أولاً**: أنَّ النظام النفسي يرتبط بالنظام العقلي بشكل مباشر. **ثانياً**: النشاطات العقلية والنشاطات النفسية تشترك في نفس الركيزة العصبية (النظام النفسحركي). **ثالثاً**: الدماغ هو صلة الوصل بين العقل والجسد.

وفقاً للنتائج المذكورة أعلاه، فإنَّ النظام الحركي والعقلي يشتركان في مجال واحد ضمن النظام العصبي المركزي. وهذا هو النظام النفسي حركي الذي هو جوهر النظرية النفس – حركية التي

تبيِّن أنَّ العقل البشري يمكن أن يكون سمة ظاهرة للنشاطات المختلفة ضمن النواة الحركية المركزية والتي يعبِّر عنها الفرد باللغة. هكذا، تؤكد النظرية النفس – حركية الدَّور الأساسي للنظام الحركي في نشوء وتطور النشاطات العقلية، التي لن تكون سوى تعبير للاستخدام الحركي للغة البشرية. في هذا السياق، أكد شيرينغتون "Sherrington"، رغم فلسفته المزدوجة، على دور النظام الحركي في علاقته بالعقل، وذكر أنَّ ارتباط العقل بالنشاط الحركي الطَّوعي يؤدي إلى المهارة. فكلما تطور التكامل الحركي، وكلما ازداد السلوك الحركي، كلما ازداد تطور العقل. وبالتوافق مع الارتباط الوثيق بين العقل البشري والنظام الحركي البشري، فإنَّ التَّطور المتوازي بين الفص الجبهي الأمامي للدِّماغ والأيدي في الكائنات الشبيهة بالإنسان يشير إلى أنَّ النشاط الحركي هو عنصر أساسي في الذكاء الإنساني(Seitz: 2000, 269).

وفقاً للنظرية النفس – حركية، العقل الإنساني هو سمة ظاهرة للنظام الحركي تتجسد في اللغة. العالم العصبي الفيزيائي ساير جون إيكلس Sir John Eccles، المدافع عن النظرية الازدواجية – التفاعلية، يرى أنها لا يمكنها شرح العقل الإنساني دون الأخذ بعين الاعتبار نصف الكرة الدماغية الأيسر الذي يعد مسؤولاً عن القدرات اللغوية الإنتاجية. لخص إيكلس أفكاره في أنَّ الوعي الذاتي ككيان مستقل يعمل بشكل نشيط أثناء القراءة وينشأ من عدة مراكز للنشاط في مناطق الاتصال لنصف الكرة المخية المهيمن، والذي يعمل بشكل أساسي في اللغة. هكذا، تؤكد النظرية النفس – حركية الدَّور الجوهري للغة في نشوء العقل. وفقاً لذلك، يمكن القول أنَّه لن يكون هناك عقل إنْ لم يكن هناك لغة. باختصار، النشاطات العقلية تنشأ من النظام العصبي الحركي، فينتج حركات في الجسم، ويقدم النشاط العضلي تغذية راجعة للنظام العصبي الحركي لينشأ النشاط العقلي في نفس الوقت. النظام الحركي في النواة يرتبط بالعقل، لذا فإنَّ أي اضطراب في هذه النواة سوف يؤدي إلى اضطراب عقلي لدى الفرد. فنتيجة العلاقة الوثيقة بين العقل والنشاطات الحركية، يظهر الاضطراب العصبي الحركي عادةً كاضطراب عقلي. ووفقاً لنظرية العقل الحديثة من غير المعقول أنْ يكون هناك اضطراب عقلي بحت لأنَّ النشاطات العقلية تنشأ فقط من النظام العصبي الحركي، أيْ لا يوجد عقل مستقل بذاته. لذلك فإنَّ الاضطرابات العقلية ربما تنشأ من الاضطرابات العصبية حركية، وربما لا يوجد مرض نفسي دون مرافقة اضطراب عصبي حركي. المفاهيم التي تتعلق بالأمراض العصبية والنفسية بطيئة التغيير، وأهمها: مرض باركنسون Parkinson’s disease، الزهايمر Alzheimer’s disease، المرض العصبي الحركي motor neuron disease، وكلها تشترك بنفس النظام الحركي العصبي المتضمِّن ما يسمى "Global neurons"(Greenfield & Vaux, 2002). إن

معالجة هذه الخلايا ربما يكون كافيا لمعالجة الأعراض العصبية والنفسية في الأمراض الحركية العصبية. ووفقاً للنظرية النفس – حركية يمكن استخدام استراتيجيات جديدة في علاج الاضطرابات النفسية. على سبيل المثال، ربما يمكن علاج الكآبة بشكل تام، فقط بزيادة النشاط الحركي العصبي العضلي. فالنظام الحركي ربَّما يكون العامل الأساسي في فهم وتحسين السلوك في الصحة والمرض، حيث أنَّ الحالة العامة للنظام الحركي القشري الشوكي قد تكون العامل الأساسي في تحديد ما إذا كانت الحالة النفسية جيدة. في هذا السياق ذكر مكنيل وآخرون (Mcneil, et al: 2003 ,219) أن زيادة نسبة الانحراف الحركي العصبي يرتبط بشكل واضح بزيادة شدة الاضطراب العقلي. وفيما يتعلق بالاقتران النفسي الحركي ذكر ولكر (Walker, et al: 1994, 453) "أن زيادة الدوبامين يؤدي إلى تزايد النشاط في كل من الاضطراب الحركي والفصام. فقد أظهرت نتائج الدِّراسات أنَّ مناطق الدماغ المسؤولة عن زيادة شدة الفصام وطيف الاضطرابات تؤثِّر في الوقت نفسه في النظام الحركي. ذلك لأن ظهور الاضطراب الحركي الوظيفي يسبق الظهور السريري للفصام بِعدَّة سنوات". لذا فالتقييم الحركي قد يكون مؤشراً في تمييز الأفراد الذين يمكن أن يواجهوا خطر الإصابة باضطرابات أو أمراض أخرى(Neumann & Walker: 1999, 159).

كما أكد سبيري (Sperry: 1952, 298) الدَّور الجوهري للنظام الحركي في النشاطات الإدراكية/ الذهنية، فهو يرى منذ نصف قرن تقريبا أنَّ وظيفة الجهاز العصبي هي تنسيق التَّعصيب العضلي، وخطته التشريحية الأساسية ومبادئ عمله هي إمكانية فهم فقط هذه العلاقات المتبادلة بين النظام الحركي والنظام الإدراكي. ويقول: "حتى النشاطات الإدراكية العالية، والتي لا تتطلب أي مخرجات حركية، تحتاج حتماً في حدوثها إلى نشاطات حركية عصبية. وذكر كولد وستولجر "Gold and "Stoljar (١٩٩٩)، أنَّ "الفكرة ليست أنَّ علم الأعصاب سيوضِّح كلَّ شيء حول العقل؛ فهناك مظاهر للعقل ربما لنْ نتمكَّن منْ توضيحها أبداً". وبالمقارنة مع هذا البيان، فأنَّ النظرية النفس – حركية ربما سيكون لها أهمية كبيرة في فهم وتحسين العقل.

٨- العلاقة النفسية الفسيولوجية

قد يبدو أن العلم بصفة عامة، والبيولوجيا بصفة أخص، ثم الفيزيولوجيا بوجه أكثر خصوصية، يمكن أنْ تقدِّم لنا عن الجسم تفسيراً موضوعياً يمتاز بالدقة. غير أن العلم هنا لا يصف سوى كـــائن عضوي. ورغم ما بين الحالة العضوية والسلوك الإنساني من وشائج عديدة، إلاّ أن اعتبار الســلوك بمثابة نتيجة محتومة لحالة عضوية إنما هو فرض تضعه الميتافيزيقا تخلصاً من متاهـــات المـــذاهب الثنائية. ويبقى تفسير الكائن العضوي ليس تفسيراً للجسم الإنساني. فلــيس الجســم جملــة وظـــائف

عضوية تستطيع الفيزيولوجيا أن تعرضها بدقة ووضوح، أو مجموعة خلايا يتركب منهـا الجهـاز العضوي يستطيع علم التشريح أن يبينها في يقين، وإنما الجسم هو نفس وجود الكائن البشري يستطيع أن يعرفه بقدر ما يحياه.

لقد كانت بعض الوقائع الفيزيولوجية الخاصة بالتفسير الكلاسيكي للإحساس اللمسي والإحساس البصري ثم تجربة الألم العضوي هي نقطة البداية في دراسة سارتر لمشكلة الجسم، وكانت التغيرات الفيزيولوجية والتفسيرات النفسية فيما يتعلق بظاهرة الشعور بالعضو الوهمي(الشبح) وظاهرة جهل أو استبعاد العضو المبتور أو المشلول نقطة البداية في دراسة "ميرلو بـونتي"Merleau-Ponty لـنفس المشكلة.

وليس من شك في أن الظواهر النفسية والفيزيولوجية تختلف في عدة أوجه، وتلتقي من أوجـه أخرى. ويمكن إيجاز أوجه الخلاف كما يقررها علم النفس التقليدي في ثلاثة أوجه، هي:

الوجه الأول: تباين الأسلوب المعرفي في كلا النوعين من الظواهر: الظواهر الفيزيولوجية في أغلبها لا تكون معرفتنا المباشرة لها إلاّ عن طريق الحواس، بينما الظواهر النفسية لا نعرفها إلاّ عـن طريق الشعور أو الوعي. إن الظواهر النفسية هي ظواهر شخصية؛ ويمتنع بالتالي معرفتها لمـن لا يعانيها، بينما الظواهر الفيزيولوجية تكون أقرب منالاً لمن يلاحظها. ويلحق بذلك أن الظاهرة النفسية باطنية؛ ليس بمعنى أنها داخل الجسم، وإنما بمعنى أنها تلازم المعرفة التي لدينا عنها، فلـيس للألـم وجود قائم بذاته مستقل عن شعورنا به.

الوجه الثاني: تباين الوسط الذي يحدث فيه كل من الظاهرتين: فالظاهرة الفيزيولوجية تنتشـر في المكان؛ إن لها امتداداً ويمكن تحديد مراكزها، ومن ثم يمكن قياسها. أما الظاهرة النفسـية فهـي بعكس ذلك لا امتداد لها؛ إنها تنتشر في الديمومة وتحتفظ بالماضي في الحاضر، وبناء علـى ذلـك تتسم الظاهرة النفسية كما يقرُّ علم النفس التقليدي(الكلاسيكي) بالتغير والاتصال. إنها متغيرة أو كمـا يقول وليم جيمس لدينا الإحساس بنفس الموضوع، ولكن لا يكون لدينا إطلاقاً نفس الإحساس، وهـي متصلة؛ فإن ذكرى الماضي تذوب في الحاضر. إن الشعور أشبه بجملة وحيدة بينها فواصل ولكن لا تقطعها أبداً نقطة.

الوجه الثالث: هو تباين أسلوب التفسير لكلا النوعين من الظواهر؛ فالظواهر الماديـة تحـددها عللها السابقة عليها، أمَّا الظواهر النفسية فيمكن تفسيرها في ضوء الغاية أو الهدف الذي يتجـه إليـه الكائن الحي.

ورغم هذه الفروق بين الظاهرتين الفيزيولوجية والنفسية إلاّ أن بين الظاهرتين صلة وتأثيراً متبادلاً: فمن جانب التأثير النفسي نعلم أن الشعور يثير حركات جسمية، وأن الانفعال والعاطفة لهما تأثير بالغ في كثير من أعضاء الجسم، لا سيما الغدد والجهاز العضلي والأوعية الدموية، وأن الإرادة تتحكم في كثير من حركات الأعضاء الجسمية وتوجهها داخل مجالها. ومن جانب التأثير الجسمي هناك من ناحية الحالات الفيزيولوجية المحيطية وموقف الجسم ووظائفه الحيوية والغدد الصماء. وهناك ناحية أخرى هي الحالات المركزية أو الدماغية بما يتفرع عنها من ألياف الجهاز العصبي. ويمكن ملاحظة هذا التركيز القوي لوجوه النشاط من الداخل والخارج، فإذا نظرنا إليه من الداخل، فإنه يبدو للمراقب، وهو ذاتنا، أفكارنا، وميولنا، ورغباتنا وأفراحنا وأحزاننا. وإذا نظر إليه من الخارج، فإنه يبدو على شكل الجسم، جسمنا، وكذلك أجسام جميع زملائنا.... وهكذا يتخذ الإنسان مظهرين مختلفين اختلافاً كلياً، ولهذا السبب تمّ النظر إليه باعتباره مكوناً من جزئين: الجسم والروح. ومع ذلك، فإن أحداً لم ير حتى الآن روحاً بلا جسد ولا جسداً بلا روح. لكن الإنسان هو كل متكامل من الروح والجسد الذي لا يمكن تقسيمه إلى أجزاء (العاسمي: ٢٠١٤، ١١٢).

٩- فسيولوجية الإدراك والإحساس

أولاً: الإدراك Awareness

ينقسم الجهاز العصبي إلى قسمين هما:

a) **الجهاز العصبي المحيطي The Peripheral Nervous System:** وهو مسؤول عن استقبال المعلومات وإرسالها إلى محيط الجسم (الأجزاء الخارجية)، ويتألف من ألياف عصبية تربط الجهاز العصبي المركزي مع الخلايا الحساسة تجاه مختلف أشكال التنبيهات (خلايا مستقبلة)، وكذلك العضلات والغدد التي تحدث تغيرات في كيمياء الجسم.

b) **الجهاز العصبي المركزي The Central Nervous System:** وله وظيفة مركزية في دمج وتنسيق مختلف وظائف الجسم، ويتألف من الدماغ والحبل الشوكي(Fisher: 1973, 234).

وأن تعرف أقسام المخ من أهم أهداف علم النفس الفسيولوجي، وعلوم الأعصاب الأخرى (Neurosciences) التي تبحث في الجهاز العصبي، فهو يقسم إلى ثلاثة أجزاء رئيسة هي: الدماغ الأمامي (Fore Brain)، والدماغ الأوسط (Mid Brain)، والدماغ الخلفي (hind

(Brain. وتغطي الدماغ الأمامي والأوسط، قشرة المخ أو (لحاء) (Cerebral Cortex)، أو القشرة (Cortex) التي تعطي الناس قدراتهم الكبيرة على تجهيز المعلومات. وقشرة الدماغ عند الإنسان لها تنظيم مماثل من المرتفعات والشقوق، وإذا نظرنا إلى الدماغ من الأعلى نرى شرخ يقسمه إلى نصفين متماثلين يسميان النصفين الكرويين (Hemispheres) وتوجد العديد من العلامات على السطح التي تقسم القشرة التي تغطي كل نصف كروي الى أربعة أقسام تسمى الفصوص (Lobes)، الجبهي (Frontal)، والجداري (Barictal)، والصدغي (Temporal)، والقذالي (Occipital). ومراكز الدماغ تهمُّ علماء النفس لأنَّها تلعب دوراً في السلوك والعمليات العقلية، فالفصوص القذالية في مؤخرة الرأس تستقبل وتقوم بتجهيز المعلومات البصرية، والفصوص الصدغية فوق الأذن تسجل وتنتج المعلومات السمعية، والفصوص الجدارية في المركز تحوي مناطق التحكم في الكلام، إضافة إلى وجود مناطق تسجل وتحلل الرسائل القادمة من سطح الجسم (داخلياً أو خارجياً)، أما الفصوص الجبهية تلعب دوراً في الأنشطة العقلية مثل تفسير اللغة، واستنباط الخطط، وتشترك هذه الفصوص في إرسال نبضات حركية للعضلات(Gold & Stroljar: 1999, 166-170).

ويعتقد العلماء إن كل نصف من الدماغ قادر على القيام بدوره بصورة مستقلة عن الآخر، وتحدَّدْ وظائف أنصاف الدماغ كالآتي:

الدِّماغ الأيمن	الدِّماغ الأيسر
١-إدراك وفهم المثيرات اللغوية والمكانية والبصرية والعواطف والمشاعر	١-مهارات اللغة المنطوقة والمكتوبة
٢-معالجة معلومات الأطراف اليسرى من الجسم (التحكم بعضلات الأطراف)	٢-معالجة معلومات الأطراف اليمنى من الجسم
٣-تجهيز ومعالجة المعلومات بالطريقة الكلية	٣-تجهيز معالجة المعلومات بالطريقة التحليلية

(Heaton: 2003, 55).

ثانياً: الإحساس Sensation

الإحساس هو الشكل الأول الذي تتحقق فيه العلاقة النفسية بين الكائن الحي والوسط المحيط به، كونه المصدر الأول لكل معارفنا عن العالم، لأن المعرفة تبدأ من الحواس، وهو أول خطوة للإدراك السليم، ينشيء مباشرةً من انفعال عضو حساس، وتأثير مراكز الحس بالدماغ كالإحساس بالألوان، والأصوات، والروائح، والحرارة(Sigman & Ungerer: 1981, 146).

١٠- العلاج الحركي للتوحد

العلاج الحركي المتكامل هو منهج علاجي فردي أو جماعي يدمج بين علم أمــراض الكــلام واللغة، واستشارة الصحة السلوكية والعقلية. طورّ في مركز (Samarya) ودمج المعرفــة والتجربــة لدى المحترفين الذين يملكون خلفية وشهادة في علم أمراض الكلام واللغة، واستشارة الصحة العقليــة، والدعم السلوكي في العلاج المركز على اليوغا. بالرغم من أنَّ هذا المنهج طبّق بنجاح مــع أطفــال اضطراب نقص الانتبــاه وفــرط النشـــاط Attention deficit hyperactivity disorder(ADHD)، صعوبات التعلم، التأخر النمائي الواسع الانتشار، عجز التكامل الحسّي، عسر التناسق، واضــطرابات أخرى ذات أساس حركي، كان له نتائج خاصة ثابتة ورائعة مع الأطفال الذين شخّصوا باضطرابات طيف التوحد. العلاج الحركي للتوحد هو الإستراتيجية الحسية المشجعة المتكاملة التي تربط كل مــن نصفي الكرة الدماغية اليساري واليميني (تكامل نصفي الكرة الدماغية) من خلال جمــع كــل مــن معالجة الحركة البصرية، ومعالجة المثيرات السمعية، ومعالجة إيقاع وتسلسل التفكير الإدراكي وذلك لتحسين المهارات السلوكية، الاجتماعية، الأكاديمية، العاطفيــة ومهــارات اللغــة والكــلام بشــكل ملحوظ(Kenny: 2002, 71).

إنّ الهدف الأساسي للعلاج الحركي للتوحد هو أن يصبح الفرد (بعد ١٢ –١٤ أسبوع وخلال جلستين أو ثلاث جلسات في الأسبوع بحيث تستغرق كل جلسة ١٢ دقيقة) أكثر طاعة عندما يُطلــب منه إكمال المهمّة أو النشاطات، وأكثر تفاعلاً مع التعليم العام والنموذجي، ويستعمل كلا الجانبين مــن دماغه للمعالجة. والهدف الجوهري أو النهائي هو تحسين الوعي بتقرير المصير بشكل عام، والبقــاء في تحسن دائم، وتحسين احترام الذات(المرجع السابق: ٧٢). وفيما يلي المبادئ الأساسية للعلاج الحركي المتكامل (IMT) المتوافقة مع المعايير التشخيصية للتوحد:

١- **التركيب والاستمرارية:** طلاب ومعلمي اليوغا، أدركوا تأثير التكرار على الجسم والتنفس. خلال ممارستهم للتكرار لاحظوا أن الجسم يصبح أكثر طواعيةً للسيطرة عليه والتنفس يصبح أكثر ثباتاً. كما أن العقل ينمو بشكل منضبط ويصبح أكثر تركيزاً. التركيب والتكرار لدى كل من البالغين والأطفال يعتبر من العناصر الرئيسيةَ التي تدعم التَعلم والثقة. طبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM-IV)، وجد أن الأطفال الذين شخّصوا باضطراب التوحد لديهم أنماط تكرارية محددة ونمطية في السلوك تظهر في التمسك القوي والظاهر بالروتينيات والطقوس غير الوظيفية والتكلّف الحركي التكراري والنمطي. هذه الحاجة للروتين والتكرار يمكن أن تسَخَّر لزيادة الاستمرارية ضمن الجلسات العلاجية، ومن ثم لزيادة التعلم والاستقلالية لدى أطفال التوحد(المرجع السابق: ٧٣).

٢- **التحفيز الطبيعي (الحركي):** ضمن مجال تطوير الطفل، تقرَّر على نحو واسع بأنّ الحركة تزيد من تعلم اللغة. أشارت إحدى الأبحاث التجريبية إلى أن التمرين يحسن الإدراك العام، وأن أي اختصاصي في أمراض الكلام واللغة يمكن أن يلاحظ بأنه عندما ينشغل الطفل في الحركة - كما في أثناء المشاركة في المعالجة مع معالج فيزيائي أَو مهني- يحدث كلام تلقائي وأكثر تعقيداً. اقتران الحركة الجسدية باللغة يؤدي إلى تحسين قدرات الاستدعاء ويحفز اللغةَ الملائمة المبتكرة. فرصة القيام بالحركة الطبيعية أثناء جلسة علاج الحركة المتكامل يسمح بالتعلم التجريبي لمفاهيم تتعلق بالتحكم في الاندفاع، والقدرة على تهدئة الجسم عند انتهاء النشاط، والتعليم الذاتي. من الملاحظ بأن أطفال التوحد يفتقرون إلى التنسيق والوعي للجسم. فعجز التكامل الحسّي هو الاضطراب الذي غالباً ما يكون ظاهراً لدى أطفال طيف التوحد والاضطرابات ذات العلاقة. التكامل الحسّي هو القدرة على أَخذ المعلومات من خلال الحواس(اللمس، الحركة، الشم، التذوق، الرؤية، والسمع) ووضعها مع المعلومات الأخرى التي تحدث من أجل إحداث استجابة ذات مغزى. يحدث التكامل الحسي في النظام العصبي المركزي وهو أساسي في (التنسيق، الانتباه، مستويات الإثارة، العمل اللاإرادي، العواطف، الذاكرة، ومستويات عالية للوظائف الإدراكية). لذا فالأطفال الذين يعانون من اضطراب التكامل الحسّي قد تظهر لديهم صعوبة في الانتباه والتعليم، تغير مستويات

النشاط، قلة التغيير في نشاطات اللعب، صعوبة في تهدئة الذات بعد النشاط الحركي، التماس مفرط في المدخلات الحسية، أَو هلع مفرط من المهام الطبيعية غير المؤذية مثل الصعود على الدرج، والمشاكل السلوكية التي تنشأ عن هذا الضعف في التكامل للمدخلات الحسية. والسمة الحركية لجلسة العلاج الحركي المتكامل، لا تفيد فقط في التأثيرات الإيجابية للحركة على التعلم بل أيضاً في مزاولة تطبيقات معينة للمساعدة على التكامل الحسّي، الوعي بالجسم، والسلوك الملائم لمواجهة المخاطر، وكذلك زيادة التنسيق والتوازن، بالإضافة إلى زيادة التركيز الداخلي اللازم للنجاح في المهام الطبيعية المبتكرة(المرجع السابق: ٧٤).

٣- **التفاعل الاجتماعي:** المؤشرات التشخيصية الرئيسية للتفاعل الاجتماعي في اضطراب طيف التوحد تتضمّن وجود درجة كبيرة من الشذوذ أَو الضعف في التفاعل الاجتماعيِ، ونقص التبادل الاجتماعي أَو العاطفي. وجلسة العلاج الحركي تتيح لهؤلاء الأطفال فرصة التفاعل الاجتماعي والجسدي سواء مع المعالج في الجلسة الفردية، أو مع نظرائهم كجزء من الفريق خلال الجلسة الجماعية(المرجع السابق: ٧٥).

٤- **التحفيز اللغوي:** بالرغم من أن أطفال التوحد والاضطرابات ذات العلاقة لديهم مهارات لغوية مختلفة على نحو واسع، إلا أن أحد الأصناف التشخيصيةَ الأساسية للتوحد هو " وجود ضعف نوعي في التواصل ". استناداً إلى الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل (DSM-IV-TR) لعام (٢٠٠٠)، العلامات الأكثر تحديداً لهذا الضعف تتضمن تأخراً أَو فقداناً كلياً للغة المنطوقة، والضعف الملحوظ في القدرة على المبادرة أَو رعاية المحادثة مع الآخرين. والجلسات من أجل هؤلاء الأطفال تركز على أساسيَّات اللغة، بما يتضمن أَخذ الدور، التقليد الحركي واللفظي، ألعاب التواصل الاجتماعي، التسلسل الحركي، وتطوير الرغبة في التواصل، حيث يزوَّدون بفرص ملائمة لأعمارهم لتعلم اللغة خلال اللعب التخيلي. في كل من الجلسات الفردية والجماعية في العلاج الحركي المتكامل، يتعلم الأطفال مفردات، تركيبات قواعدية، ربط الكلمات، وتسلسل الأحداث، الذخيرة الفنية من تنغيم ووقفات في الكلام، تصنيفات من الحيوانات / الأشياء، وضع الجسم، كل ذلك يسمح له بنشاطات التفكير الإبداعي التلقائية والموجهة، بالإضافة إلى ألعاب تتضمن الوصف والحزر

أو التخمين للنماذج. وأخيراً تزداد قوة الممارسة الثابتة الأكثر تقدماً للمهارات اللغوية في السياق الطبيعي عند الاستفادة من التأثيرات الإيجابية للحركة على التعلم، خصوصاً في الاحتفاظ بالمعلومات وتعميمها، فالنشاطات التي تركز على القدرة على زيادة وإتمام تعليمات معيّنة تشجع وتطور حل المشكلة ومهارات توضيح اللغة التي يفتقر إليها الأفراد الذين يعانون من توحد شديد(المرجع السابق: ٧٦).

١١-النظرية وراء العلاج الحركي للتوحد

في الأفراد المصابين بالتوحد، نصفي الكرة الدماغية الأيمن والأيسر في أكثر الأحيان، لا يتصلان مع بعضهم البعض. إن النصف اليساري (تحليلي) أي هو النصف المنطقي من الدِّماغ ويكون: شفوي، الاستجابة لمعنى الكلمة، التسلسل، معالجة المعلومات بشكل خطي، التخطيط للمستقبل، استدعاء أسماء الأشخاص، الاعتماد على الكلام أكثر من الإشارات، الدقة، يفضّل التصميم الخطي للدراسة، يفضّل الوضوح أثناء الدراسة. أما الأيمن وهو نصف الكرة الدِّماغية الفنِّي فهو: بصري، يستجيب لنغمة الصوت، عشوائي ويعالج المعلومات بأنظمة مختلفة، يستجيب للعاطفة، مندفع، يسترجع وجوه الأشخاص، الإكثار من استخدام الإشارت عند التكلّم، أقل دقةً، يفضل الصوت أو الموسيقى في الخلفية أثناء الدراسة ويفضل القابليةَ للحركة المتكررةَ أثناء البحث. تنتقل المعلومات عبر مجموعة من الناقلات العصبية، التي تعمل كقناة أو جسر بين نصفي الكرة الدماغية اليساري واليميني. وتشير الدراسات إلى أن هذا الجسر يمكن أن ينشط أو يقوّى(Brasi´c: 1999, 249). يصمّم العلاج الحركي للتوحد لإعادة توجيه أو إعادة تخطيط خريطة الدماغ بشكل إدراكي . أنه يستخدم أنماط متكررة ومتسلسلة من الحركة لتَأسيس ممرات شرعية أو طرق سريعة لنقل المعلومات. هذا يساعد الأشخاص ذوي اضطراب التوحد في معالجة وتخزين واسترجاع المعلومات بطريقة فعَّالة وأكثر كفاءة. كيف يكون هذا ممكناً؟ فكر به بهذه الطريقة: تشتري بيت جديد فيه مجلس ضيافة في الفناء الخلفي، لم يعش أحد أبداً في مجلس الضيافة، والعشب الأخضر يغطّي كامل الفناء الخلفي بشكل رائع، يتحرّك بعض الأشخاص إلى مجلس الضيافة، وهم يستعملون غرفةَ المكوى الموجودة خلف بيتِك. بعد فترة، حتماً سيشكّل ممرّ من مجلس الضيافة إلى غرفة المكوى. هكذا نشكِّل ممرات جديدة في الدماغ، من خلال إعادة نقل المعلومات مراراً وتكراراً، حتى يثبت الدِّماغ بأنّ طريق النقل يكوِّن الممر المفضل لتخزين المعلومات. لا يبدو ذلك مستحيلاً. كلنا نعالج المعلومات

بالأسلوب نفسه. الاختلاف في معالجة المعلومات الصحيحة و/ أو المضللة، كما في المثال أعلاه، يعتمد على التفسير السلبي أو الإيجابي للمعلومات. نعالج المعلومات خلال النماذج البصرية والسمعية والطبيعية، التي تباعا تصبح حوافز. الصورة البصرية يمكن أن تكون الحافز بالإضافة إلى المعلومات السمعية أو الصوتية، وفي الكثير من الأوقات كلاهما يصبحان حوافز لعملية استرجاع المعلومات. يستعمل العلاج الحركي للتوحد هذه الأشكال المختلفة في معالجة البيانات ويؤدي إلى إعادة تخطيط الدماغ. هذا يتطلب من الأطفال استخدام اللغة الحسية للاستماع إلى الموسيقى، والقيام بالمعالجة البصرية لرؤية الصورة الحركية والمهارات الحركية الإجمالية لإعادة إنتاج ما يرونه(Lara: 2009, 189-191).

١٢- استخدام أنماط الحركة لتطوير أو إعادة تطور النظام العصبي

إن الاستجابة الأولى في حياتنا هي الاستجابة الحركية، واتصالنا الأول هو الاتصال الحركي. هذا يعني بأنّ عملية تطوّر الحركة هي الاتصال الأول والأساسي بالبيئة المحيطة. وهو أساس كل أشكال الاتصال الأخرى لاحقاً. تقول نظريةَ Piaget بأنّ أول اتصال قابل للقياس لدى الفرد هو الاتصال الحسي الحركي. إن آليات التعلّم والتّذكر تعتمد على تغيرات نسبية في النظام العصبي. على ما يبدو أن مؤثرات التعلّم هي أول ما يحفظ في الدماغ من خلال بعض عمليات المعالجة، التي يحدث بعدها تغييرات عصبية ثابتة. مثل الوظيفة القصيرة الأمد والوظيفة الطويلة الأمد للذاكرة. التي قد تحدث بشكل مؤقت وقابل للمعالجة من خلال العملية الفيزيولوجية مثل التغييرات الكهربائية أو الكيميائية التي تبقي على مسار الذاكرة حيّاً لفترة زمنيةَ محددة. بعد ذلك، مخزن الذاكرة بعيدة المدى قد يعتمد على تغييرات أخرى في التركيب الطبيعي أو الكيميائي للدماغ(Sigman & Ungerer: 1981, 184).

المهارات النفسية الحركية لدى الإنسان تنظّم بعض أنماط النشّاطات العضلية التي توجه من خلال تغيير الإشارات من البيئة. ومثال على ذلك: المهام التي تتطلب التنسيق البصري الحركي مثل، قيادة السيارة، وحفر السنّ، ورمي الكرة، والطباعة أو الكتابة، وبعض أنواع الألعاب، كلها أمثلة سلوكية. كما تدرس مهارات تسمى (مهارات حسية حركية، ومهارات إدراكية حركية) كمواضيع خاصّة في علم النفس التجريبي. العادات النفسية الحركية (Psychomotor habits) تعمل أولاً من خلال اللّحاء الحسّي والحركي للدماغ والألياف العصبية (commissures) التي توصل بين نصفي

كرة الدماغ. وفقاً لأغلب النظريات، للحصول على أثر التعلم، كالوظائف الرياضية مثل(الكمية، الحجم، المساحة...) لا بد من تعزيز الممارسة، ولأداء مثل هذه المهارات المعقدة، يجب أن يضبط الشخص التحفيز الحسّي جيداً. وقد يحتاج الفرد لاستعمال مثيرات بصرية لتقدير السرعة والمسافة لجسم ما، أَوضبط حركة عضلاته. لِذلك، يعبر مصطلح الحسحركي (sensorimotor) عن فكرة أنّه يجب أن تتكامل المعلومات الحسّية والحركية لإنجاز مثل هذه المهام. بعض الأَفعال الحركية تحدث آلياً، مثل رمش العيون أَو سحب الإصبع من سطح حار. لكن العديد من المهارات الحركية الإنسانية تتطلب الممارسة، مثل المهارات الأولّية (المشي، الأكل، اللبس .... وغيرها) والتي يجب أن تتقن من خلال الممارسة من قبل كل طفل. تلك التي نبدأُ بها في نمط العلاجِ الذي نستخدمه، لبناء مسار تطويري من حركة الطفل الرضيع الأساسية إلى حركات منسقة معقّدة. أن اكتساب المهارة الحركية يمر بثلاث مراحل متميّزة. المرحلة الأولى، تسمّى (المرحلة الإدراكية)، في هذه المرحلة يجب أن يفهم الشخص ما يجب فعله من أجل إنجاز المهمّة. تبين الدراسات بأنَّ أولئك الأفراد الذين تلقوا تدريباً شفهياً أَو وصفيّاً إيضاحيّاً للمهمة كانوا على الأرجح يتقنون المهارة أكثر. أثناء المرحلة الثانية أَو المتوسّطة، يجب أن ينقل الفرد المهارات الحركية التي تم اكتسابها إلى المهمات الجديدة، وأن يتقن المهارات الحركية الخاصة بتلك المهمة، ويكامل بينها لتفادي الحركات غير الملائمة وغير الضرورية. في المرحلة النهائية، تصبح المهارة أوتوماتيكية، حيث يؤدّيها الفرد دون التفكير في كيفية أداء كل خطوة من خطواتها. الأداء السلس للمهارات الحركية لدى بعض الأفراد البارعين قاد الباحثين إلى الاعتقاد أن المهارات الحسحركية تنجز عن طريق البرنامج الحركي، أي برنامج العمل الكلي للفعل الحركي، وليس فقط تسلسل العناصر، وهذا يتضح من خلال عملية النطق. مثلاً، إنتاج حرف (b) في كلمة (bat) يختلف عن إنتاج حرف (b) في كلمة (beat)، ولهذا يحدث الاختلاف. يجب أن يدرك الدماغ أن (b) الأولى يتبعها (a)، و(b) الثانية يتبعها (ea)، أي الإدراك الكلي لعملية النطق(Pedagógia: 1994, 8-9).

من خلال ما تمَّ الاطلاع عليه من أبحاث ودراسات في هذا الفصل، يتوضح لنا أن العـــلاج النفســـي الحركي هو من أوسع البوابات التي يمكن من خلالها الوصول إلى ما يناسب فئات التربية الخاصـــة عامـــةً، وفئة أطفال التوحد على وجه الخصوص، من استراتيجيات يمكـــن أن تســـاعد البـــاحثين والمتخصـِّصـــين والمهتمين على وضع البرامج التأهيلية والعلاجية التي تمكِّن كل فئة من هذه الفئات من الوصول إلى أفضـــل مستوى ممكن بالمقارنة مع أقرانهم العاديين، وبما يتناسب مع حاجاتهم وقدراتهم.

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

- الدراسات العربية
- الدراسات الأجنبية
- تعقيب على الدراسات السابقة وموقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

مقدمـــة

يتضمن هذا الفصل مجموعة من الدراسات السابقة العربية والأجنبية ذات العلاقة بموضوع الدراسة الحالية، وتعقيباً على الدراسات السابقة، وما استفادت منه الباحثة في هذه الدراسات لخدمة بحثها الحالي.

أولاً - الدراسات العربية

قدمت سهى أحمد أمين نصر عام (٢٠٠١ م) دراسة بعنوان: "مدى فاعلية برنامج علاجي لتنمية الاتصال اللغوي لدى بعض الأطفال التوحديين" استهدفت فيها تحقيق ما يلي:

ــ محاولة وضع مقياس تقديري لقياس الاتصال اللغوي لدى الأطفال التوحديين.

ــ إعداد برنامج علاجي يحتوي على بعض الأنشطة لتنمية مهارات الاتصال اللغوي لدى بعض الأطفال التوحديين.

ــ وضع برنامج إرشادي مقترح للآباء في كيفية التدخل مع أطفالهم داخل المنازل وذلك للإبقاء على المستوى كما هو مع المعلمة.

طبقت الباحثة برنامجها العلاجي على مجموعة من الأطفال التوحديين تتوفر فيها مجموعة من الشروط وهي: أن تقع في المدى العمري من (٨– ١٢) سنة، نسبة ذكاء هؤلاء الأطفال من (٥٠ – ٧٥) على مقياس ستانفورد، مستوى متوسط من التوحدية، لا تقل مدة وجود الطفل في المدرسة عن سنتين، العينة تتمثل في مجموعة واحدة فقط يجري عليها تطبيق البرنامج. واستخدمت عدة أدوات للتحقق من أهداف الدراسة تضمنت قائمة تقييم الطفل التوحدي (جولي مارفي) إعداد عبد الفتاح غزال (١٩٩٧)، مقياس تقدير الاتصال اللغوي للطفل التوحدي، البرنامج العلاجي للأطفال التوحديين، البرنامج الإرشادي للآباء، بطاقة ملاحظة تتبعية للسلوك الاتصالي للطفل التوحدي، ودراسة حالة لطفلين، وكلها من إعداد الباحثة. وتبين من **نتائج الدراسة** أنه كان للبرنامج أثر إيجابي في تحسين وتنمية مهارات الاتصال اللغوي لدى الأطفال (عينة الدراسة).

وهدفت دراسة جمال إبراهيم أبو دلهوم عام (٢٠٠٤ م) بعنوان: "فاعلية استخدام نظام التواصل بتبادل الصور في تنمية التواصل عند الأطفال التوحديين" إلى قياس فاعلية برنامج قائم على نظام التواصل بتبادل الصور في تنمية مهارات التواصل لدى أطفال التوحد. تم تطبيق البرنامج على عينة تألفت من (٢٠) طفلاً من أطفال التوحد تم توزيعهم عشوائياً إلى مجموعتين (ضابطة وتجريبية) تضم كل منها عشر أطفال. وللتحقق من هدف الدراسة استخدم الباحث مقياس تقدير التواصل اللغوي لدى الطفل التوحدي. وأشارت **نتائج الدراسة** إلى وجود فروق دالة إحصائياً في مهارات الاتصال اللغوي بين المجموعة التجريبية التي تم تدريبها على نظام التواصل بتبادل الصور وأفراد المجموعة الضابطة بنتائج القياس البعدي وقد كانت هذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية.

أما دراسة رائد موسى علي الشيخ ذيب عام (٢٠٠٤ م) فقد هدفت إلى تصميم برنامج تدريبي لتطوير المهارات التواصلية والاجتماعية والاستقلالية الذاتية لدى الأطفال التوحديين وقياس فاعليته على عينة تكونت من أربعة من الأطفال التوحديين الذكور. وطبقت خلال الدراسة مجموعتان من الأدوات والمقاييس: الأولى للتشخيص وهي: الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية الطبعة الرابعة(DSM-IV)، والصورة الأردنية من قائمة السلوك التوحدي(ABC)، والصورة العربية من مقياس تقدير التوحد الطفولي(CARS)، والقائمة التشخيصية للأطفال ذوي اضطرابات السلوك(B-2). والثانية لقياس فاعلية البرنامج وهي: مقياس المهارات اللغوية، والمهارات العددية، ومهارات القراءة، ومقياس السلوك التكيفي، والصورة الأردنية المعربة لمقياس الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي للسلوك التكيفي. واستخدم في الدراسة تصميم بحث الحالة الواحدة ذو الاختبار القبلي والبعدي، إضافة إلى التحليل النوعي. وتبين من **نتائج الدراسة** أن: الطفل الأول: تطورت مهاراته التواصلية بنسبة مئوية تراوحت بين (٣١-٤٠%)، والاجتماعية بين (١٨-٣٢%)، والاستقلالية الذاتية (١٠%)، ومهارات الحساب (٣٥-٤٢%)، ومهارات القراءة (٥٤%). الطفل الثاني: تحسنت مهاراته التواصلية بنسبة مئوية تراوحت بين (٠-١٣%)، والاجتماعية بين (١٦-٢١%)، والاستقلالية الذاتية بين (١٨-٢٥%)، ومهارات الحساب (٠-١٢%). الطفل الثالث: أظهر تطوراً في مهاراته التواصلية بنسبة تراوحت بين (١٥-٢٨%)، والمهارات الاجتماعية بين (١١-١٦%)، والمهارات الاستقلالية الذاتية (١٢-٢٨%)، ومهارات الحساب بين (٨-٣٤%)، ومهارات القراءة (٤٦%). الطفل الرابع: حقق تحسناً في المهارات التواصلية بنسبة مئوية تراوحت بين (٢٥-٣٣%)، والمهارات الاجتماعية بين (١٨-٢٢%)، والمهارات الاستقلالية الذاتية بين (٨-٣١%)، ومهارات الحساب بين (٦-٢٥%)، ومهارات القراءة (٢٣%).

وهدفت دراسة مصطفى أحمد صادق والسيد سعد الخميسي عام (٢٠٠٤ م) بعنوان: " دور أنشطة اللعب الجماعية في تنمية التواصل لدى الأطفال المصابين بالتوحد" إلى التعرف على مدى فاعلية برنامج أنشطة اللعب الجماعية في تنمية التواصل لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد من خلال تطبيقه على عينة تكونت من (٣) أطفال مصابين بالتوحد البسيط، تراوحت أعمارهم بين (٩ – ١١) سنة. وقد قام الباحث بتصميم استمارة للتعرف على بعض البيانات الأولية لعينة الدراسة وذلك بهدف تحديد بعض المتغيرات الديموغرافية لكل فرد من العينة، وكان من بين هذه المتغيرات سن الأب والأم والطفل، وعدد أفراد الأسرة، ونوعية الوسط الاجتماعي الذي تعيش فيه الأسرة. كما تضمنت الاستمارة التعرف على بعض الجوانب التي تفيد في الإلمام ببعض الظروف المتعلقة بالطفل والأسرة مثل نوع ولادة الطفل وإمكانية وجود أفراد معوقين في الأسرة أم لا. كما تم استخدام مقياس التواصل اللفظي وغير اللفظي، وتكونت القائمة من تسعة أبعاد لتقدير السلوك التوحدي، ويتكون مقياس التواصل اللفظي من (٤٣) عبارة، بينما تكون مقياس التواصل غير اللفظي من (٤٠) عبارة. لم تعط الدراسة نتائج دالة إحصائياً على حدوث تحسن لدى أطفال عينة الدراسة في التواصل اللفظي، وعزى الباحثان ذلك إلى قصر فترة تطبيق البرنامج مع هذه الفئة التي تحتاج إلى فترة زمنية طويلة حتى يحدث تحسن ملحوظ في التواصل اللفظي بينهم وبين أقرانهم. كما كانت من نتائج الدراسة تحسين مهارات التفاعل الاجتماعي واللعب التعاوني والتبادل الانفعالي والاجتماعي بين التلاميذ التوحديين وأقرانهم العاديين، كما ساعد على تعلم كيفية تقديم العون والمساعدة للآخرين في حل مشكلاتهم.

أما دراسة سامر عبد الحميد الحساني عام (٢٠٠٥ م) بعنوان: "فاعلية برنامج تعليمي باللعب لتنمية الاتصال اللغوي لدى أطفال التوحد" فقد هدفت إلى قياس مدى فاعلية برنامج تعليمي باللعب في تنمية الاتصال اللغوي عند أطفال التوحد. وتألفت عينة الدراسة من مجموعتين كل منهما من (١٠) أطفال يعانون من التوحد. استخدم الباحث مقياس الاتصال اللغوي لدى الطفل التوحدي، كما طبق برنامج تعليمي باللعب لتنمية الاتصال اللغوي لدى أطفال التوحد. وأظهرت **نتائج الدراسة** وجود فروق بين درجات الأطفال على الاختبار القبلي والاختبار البعدي على مقياس مهارات الاتصال اللغوي لدى أطفال التوحد في المجموعة التجريبية من عينة الدراسة، وذلك لصالح الاختبار البعدي.

كذلك هدفت دراسة محمد شوقى عبد المنعم عام (٢٠٠٥ م) إلى الكشف عن مدى فاعلية برنامج إرشادي فردي في تنمية بعض مهارات التواصل اللغوي لدى الأطفال التوحديين والمهارات التي يتضمنها البرنامج هي (الاستماع – الفهم – التعرف – التحدث). وقد تم تطبيق البرنامج على

عينة تكونت من مجموعة من الأطفال التوحديين وعددهم (١٠) أطفال تتراوح أعمارهم ما بين (٦-١٢) سنة، تم اختيارهم من أحد مراكز رعاية الأطفال ذوى الإعاقات الذهنية بالقاهرة (جمعية الأمل البراق، وجمعية أباء وأبناء). وتم استخدام عدة أدوات هي، مقياس الطفل التوحدي، وقائمة ملاحظة التواصل اللغوي للطفل التوحدي (إعداد الباحث)، والبرنامج الإرشادي (إعداد عادل عبد الله ٢٠٠٣)، قائمة تشخيص التوحد (إعداد هدى أمين عبد العزيز ١٩٩٩)، البرنامج الفردي المستخدم (إعداد الباحث) والبرنامج عبارة عن مجموعة من الأنشطة التي تتضمن ألعاب وصور مختلفة يمكن من خلالها التعامل مع كل طفل على حده في ضوء إمكاناته وقدراته الخاصة من أجل التحفيز على التواصل اللغوي وإدراك العلاقة بين الصوت والصورة التي أمامه. واستغرقت مدة تطبيق البرنامج ثلاثة شهور. وأسفرت **نتائج الدراسة** عن فاعلية البرنامج الإرشادي الفردي في تنمية بعض مهارات التواصل اللغوي لدى أفراد العينة التجريبية من الأطفال التوحديين واستمرار فاعلية البرنامج الإرشادي الفردي في تنمية مهارات التواصل اللغوي بعد انتهاء فترة المتابعة لدى أفراد المجموعة التجريبية.

وقدمت لونا فيليب معلوف عام (٢٠٠٦ م) دراسة بعنوان: "فاعلية العلاج بالموسيقى في تحسين سلوك التواصل لدى الأطفال التوحديين"، استهدفت فيها معرفة أثر برنامج قائم على العلاج بالموسيقى في تحسين سلوك التواصل لدى الأطفال التوحديين. وتكونت العينة في دراستها من ستة أطفال توحديين من المركز الأردني التخصصي للتوحد / عمان، تراوحت أعمارهم بين أربع سنوات ونصف وثلاثة عشر عاماً. تم تشخيصهم بناءً على استخدام محكات قياس قائمة السلوك التوحدي (ABC) والدليل الإحصائي التشخيصي (DSM-IV). طبقت على الأطفال التوحديين أداة لقياس السلوك التواصلي، وخضع الأطفال إلى برنامج علاج بالموسيقى تكون من اثني عشرة جلسة تدريبية، تم التركيز فيها على تعريف الأطفال على الآلات الموسيقية المستخدمة وتعريضهم إلى الاستماع للموسيقى الكلاسيكية. رافق ذلك بعض الألعاب مثل لعبة تحريك اليدين. وأظهرت **النتائج** فروقاً دالة إحصائياً على فقرتين من فقرات المقياس البالغة (٢٢ فقرة) وهما الفقرة رقم ١٨: يشير إلى الأشياء التي يرغب في الحصول عليها. والفقرة ٢٢: يحيي الأفراد المألوفين لديه.

أما دراسة رامي خليل العماوي عام (٢٠٠٧ م) فقد هدفت إلى التحقق من مدى فاعلية التعليم المنظم في برنامج تيتش (TEACCH) في تنمية مهارات التواصل للمراهقين الذين يعانون من التوحد. حيث قام بتطبيق برنامج قائم على التعليم المنظم على عينة تكونت من خمس مراهقين ذكور تتراوح أعمارهم بين (١٦_ ٢٢) سنة. ولتحقيق هدف الدراسة قام الباحث بتطوير أداة لتغيير مهارات

التواصل وفقاً للتعليم المنظم في برنامج (TEATCCH) التي تمثلت في المجالات التالية: التنظيم المادي، الجداول البصرية ونظام العمل وتنظيم المهمة. وكانت **النتائج** وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مهارات التواصل لدى المراهقين الذين يعانون من التوحد (أفراد العينة) على أداة مهارات التواصل قبل استخدام التعليم المنظم في برنامج تيتش وبعده لصالح التطبيق البعدي.

وهدفت أيضاً دراسة رضا عبد الستار رجب عبده كشك عام (٢٠٠٧ م) التعرف على مدى فاعلية التدريب على برنامج التواصل باستخدام الصور في تنمية مهارات التواصل الوظيفي (الطلب، الاختيار، الاعتراض، التعليق، الانتباه المشترك، التقليد) لدى الأطفال التوحديين. طبق البرنامج على عينة تكونت من (٨) أطفال توحديين وأمهاتهم (٦ ذكور، و٢ إناث) تتراوح أعمارهم الزمنية بين (٩ – ١٢) سنة. وللتحقق من هدف الدراسة استخدم الباحث عدة أدوات وهي:

١. مقياس الطفل التوحدي.
٢. مقياس تقدير التواصل الوظيفي.
٣. مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي (المطور) للسرة المصرية.
٤. مقياس بينييه للذكاء (الطبعة الرابعة).
٥. ومقياس جودارد للذكاء.

وقد **نتج عن الدراسة** أن تطبيق البرنامج أدى إلى تحسين مهارات التواصل الوظيفي لدى الطفال التوحديين.

واستهدفت لينا عمر بن صديق في دراستها عام (٢٠٠٧ م) بعنوان: " فعالية برنامج مقترح لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد وأثر ذلك على سلوكهم الاجتماعي" عينة تكونت من (٣٨) طفلاً وطفلة من ذوي اضطراب التوحد تراوحت أعمارهم ما بين (٤-٦) سنوات للتحقق من مدى فاعلية برنامج مقترح لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد وأثر ذلك على سلوكهم الاجتماعي. **ولتحقيق** هدف الدراسة أعدت الباحثة قائمة لتقدير مهارات التواصل غير اللفظي التي تمثلت في (الانتباه المشترك – التواصل البصري – التقليد – الاستماع والفهم – الإشارة إلى ما هو مرغوب فيه – فهم تعبيرات الوجه وتمييزها ونبرات الصوت الدالة عليها)، كما أعدت الباحثة قائمة لتقدير السلوك الاجتماعي، إضافة إلى بناء البرنامج المقترح لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي. **وانتهت** الدراسة إلى **نتائج** تشير إلى وجود فروق دالة إحصائياً في مهارات التواصل غير اللفظي بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على القياسين البعدي والمتابعة لصالح أفراد المجموعة التجريبية. وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الاجتماعي

المناسب بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على القياس البعدي وقياس المتابعة. ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الاجتماعي غير المناسب بين المجموعة التجريبية والضابطة على القياس البعدي وقياس المتابعة لصالح المجموعة التجريبية.

وهدفت دراسة عادل عبدالله محمد وإيهاب حامد عبد العظيم عام (٢٠٠٧ م) بعنوان: " فعالية العلاج بالموسيقى في تنمية المهارات الاجتماعية للأطفال التوحديين وأثره في تحسين قدرتهم على التواصل" إلى تقديم برنامج قائم على العلاج بالموسيقى لتنمية المهارات الاجتماعية لعينة من الأطفال التوحديين، واختبار فعالية هذا البرنامج في الإسهام في تحسين مستوى هؤلاء الأطفال في تلك المهارات، وزيادة أدائهم الوظيفي الاجتماعي على أثر ميلهم للموسيقى، وحبهم لها، وانجذابهم إليها، وتحسين مستوى التواصل اللفظي وغير اللفظي من جانهم على أثر ذلك، والتحقق من إمكانية استمرار أثر ذلك البرنامج بعد انتهائه أي خلال فترة المتابعة. تألفت عينة الدراسة من مجموعة من الأطفال التوحديين تضمنت عشرة أطفال تتراوح أعمارهم الزمنية بين (١٠– ١٣) سنة، مقسمين إلى مجموعتين متجانستين إحداهما تجريبية وأخرى ضابطة تضم كل منهما خمسة أطفال. واستخدم الباحثان عدة أدوات للتحقق من أهداف الدراسة وهي: اختبار جودارد للذكاء، مقياس الطفل التوحدي من إعداد الباحث، مقياس جيمس جيليام التقديري لتشخيص اضطراب التوحد، مقياس المهارات الاجتماعية لأطفال من إعداد العربي زيد (٢٠٠٣)، وبرنامج العلاج بالموسيقى الذي أعده الباحثان. وأظهرت النتائج أن البرنامج كان له أثر إيجابي في تحسين المهارات المستهدفة بالدراسة.

ومن الدراسات أيضاً، دراسة مجدي فتحي غزال عام (٢٠٠٧ م)، بعنوان: "فاعلية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال التوحديين في مدينة عمان". تم تطبيق البرنامج على عينة تكونت من مجموعتين (تجريبية وضابطة) شملت كل منها (١٠) أطفال ذكور يعانون من التوحد تراوحت أعمارهم بين (٥ –٩) سنوات. وللتحقق من فاعلية البرنامج استخدم الباحث قائمة تقدير التفاعلات الاجتماعية لأطفال التوحد. وتلخصت **نتائج الدراسة** في وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المهارات الاجتماعية بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.

كما هدفت دراسة يزيد عبد المهدي الغصاونة عام (٢٠٠٧ م) إلى بناء مشروع برنامج تدريبي قائم على النظرية السلوكية وقياس أثره في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذين يعانون من التوحد. تكونت عينة الدراسة من (٣٠) طفلاً وطفلة يعانون من التوحد، تراوحت أعمارهم بين (٨–١٢) سنة في مدينة عمان والكرك. **وقام** الباحث بتطوير مقياس للمهارات

الاجتماعية للأطفال الذين يعانون من التوحد. كما صمم برنامجاً تكون من ثلاث وثلاثين جلسة، بزمن قدره أربعين دقيقة لكل جلسة. **وأسفرت** الدراسة عن **نتائج** تشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة اكتساب المهارات الاجتماعية بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي. وعدم وجود فروق لدى أفراد المجموعة التجريبية تعزى لمتغير الجنس ولمتغير التدريب السابق. بينما توجد فروق لديهم تعزى إلى تدريب المعلمين وتدريب القرين. وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة اكتساب المهارات الاجتماعية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي (بعد شهر من انتهاء البرنامج).

أما دراسة عادل عبدالله محمد وإيهاب عاطف عزت عام (٢٠٠٨ م)، بعنوان "فاعلية العلاج بالموسيقى للأطفال التوحديين في تحسين مستوى نموهم اللغوي". فقد هدفت إلى تقديم برنامج علاجي موسيقي لتنمية وتحسين مستوى النمو اللغوي للأطفال التوحديين بما يتضمنه من مفردات لغوية وتراكيب واستخدام صحيح للضمائر واستخدام المفردات اللغوية المكتسبة في التواصل ذي المعنى، ومساعدتهم بالتالي على الاندماج مع الآخرين. والاشتراك في المواقف والتفاعلات الاجتماعية المختلفة. تم تطبيق البرنامج على عينة تكونت من (٨) من الأطفال التوحديين، تراوحت أعمارهم الزمنية بين (٩ _ ١٣) سنة، حيث قسمت إلى مجموعتين إحداهما تجريبية وأخرى ضابطة. استخدم الباحث مجموعة من الأدوات لتحقيق أهداف الدراسة شملت:

١- اختبار جودارد للذكاء.

٢- مقياس الطفل التوحدي.

٣- مقياس التواصل اللفظي (اللغة والحديث).

٤- برنامج العلاج بالموسيقى.

وأظهرت النتائج أن البرامج كان فعالاً في تحسين مستوى النمو اللغوي لدى أفراد المجموعة التجريبية من أفراد عينة الدراسة.

هدفت أيضاً دراسة أيمن حامد الخيران (٢٠١١) بعنوان: "فاعلية برنامج تدريبي لتنمية التواصل اللفظي وأثره في التفاعل الاجتماعي لدى عينة من الأطفال التوحديين" إلى اختبار فعالية البرنامج في تنمية مهارات التواصل اللفظي لدى أطفال التوحد، وأثر ذلك في تفاعلهم الاجتماعي. حيث تكونت عينة الدراسة من (١٢) طفلاً وطفلة من الأطفال التوحديين وتراوحت أعمارهم بين (٤ – ٦) سنوات. قام الباحث باستخدام مجموعة من الأدوات لتحقيق أهداف دراسته شملت:

١- مقياس تقدير التواصل اللفظي.

٢-مقياس تقدير التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

٣-قائمة السلوك التوحدي(ABC) Autism behavior checklist

٤- البرنامج التدريبي المقترح.

وانتهت الدراسة إلى نتائج تشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية و متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة في الأداء البعدي على مقياس تقدير التواصل اللفظي لصالح المجموعة التجريبية. ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في الأداء القبلي على مقياس تقدير التواصل اللفظي ومتوسط درجاتهم في الأداء البعدي لصالح الأداء البعدي. بينما عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في الأداء البعدي على مقياس تقدير التواصل اللفظي ومتوسط درجاتهم في قياس المتابعة.

وفي دراسة قامت بها رفاه بنت جمال يحيى لمفون عام (٢٠١١ م)، بعنوان: "تنمية التواصل اللغوي عن طريق اللعب لعينة من المراهقين ذوي اضطراب التوحد". تم تطبيق برنامج قائم على اللعب على عينة شملت اثنين من المراهقين ذوي اضطراب التوحد، وذلك بالتركيز على اثنين من مهارات اللغة وهما: (الاستماع والحديث). استخدم الباحث للتحقق من هدف الدراسة مقياس تقدير التواصل اللغوي للطفل التوحدي. وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياس القبلي والبعدي لأفراد العينة في اللغة الاستقبالية والتعبيرية كما تقيسها قائمة تقدير التواصل اللغوي المستخدمة في الدراسة ترجع إلى البرنامج المستخدم.

وهدفت دراسة بشرى عصام عويجان عام (٢٠١٢ م) إلى التحقق من فعالية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد. شملت عينة الدراسة (٢٠) طفلاً وطفلةً مصابين بالتوحد تراوحت أعمارهم ما بين (٣-٦) سنوات. ولتحقيق أهداف الدراسة قامت الباحثة بإعداد قائمة لتقدير مهارات التواصل غير اللفظي التي تمثلت في (الانتباه- التقليد- التواصل البصري- استخدام الإشارة- فهم بعض الإيماءات الجسدية وتعبيرات الوجه ونبرات الصوت الدالة عليها). وقد أشارت نتائج الدراسة إلى فعالية هذا البرنامج في تنمية مهارات التواصل الغير لفظي بعد مرور شهرين على تطبيقه من خلال القياس البعدي والمؤجل باستثناء مهارتي الانتباه والتواصل البصري.

كما قدم كل من يزيد عبد المهدي الغصاونة ووائل محمد الشرمان دراسة عام (٢٠١٣ م) بعنوان: " بناء برنامج تدريبي قائم علي طريقة ماكتون لتنمية التواصل غير اللفظي لدى الأطفال

التوحديين في محافظة الطائف". حيث قام الباحثان بتطبيق البرنامج على عينة تضمنت (١٦) طفلاً من الأطفال التوحديين بمعهد التربية الفكرية في مدينة طائف، تم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما تجريبية وأخرى ضابطة تضم كل منهما (٨) أطفال. وللتحقق من أهداف الدراسة بنى الباحثان مقياس للتواصل غير اللفظي معتمدين في ذلك على الدراسات السابقة. وأظهرت نتائج الدراسة أنه لا توجد فروق بين متوسطي رتب المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس القبلي على مقياس التواصل غير اللفظي، بينما توجد فروق بين متوسطي رتب المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية تعزى للبرنامج التدريبي، كما توجد فروق بين متوسطي رتب المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياسين البعدي والتتبعي بعد شهرين من تطبيق البرنامج.

وهدف دلشاد علي عام (٢٠١٣ م) في دراسة بعنوان: "فعالية برنامج تدريبي لتنمية السلوكات غير اللفظية لدى عينة من الأطفال التوحديين". إلى التحقق من فاعلية البرنامج من خلال تطبيقه على عينة تكونت من (٨) أطفال توحديين من الذين تراوحت أعمارهم بين (٤–٨) سنوات. قام الباحث ببناء قائمة لتقدير السلوكات غير اللفظية مؤلفة من (٢٧) بنداً موزعةً على أربعة أبعاد وهي: (التركيز والانتباه، التعبيرات الانفعالية، التواصل الإشاري والتقليد، الإيماءات والأوضاع الجسدية). كما استخدم كلاً من مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS)، وقائمة السلوك التوحدي (ABC). وأشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج التدريبي في تنمية السلوكات غير اللفظية المستهدفة لدى الأطفال التوحديين عينة البحث وبدرجات متفاوتة، وكان أكثرها في بعد التركيز والانتباه وأقلها في بعد الإيماءات والأوضاع الجسدية.

ثانياً - الدراسات الأجنبية

هدفت دراسة (2002) Kok A., et. al. بعنوان: A comparison of the effects of structured play and facilitated play approaches on preschoolers with autism، إلى مقارنة تأثير اللعب المنظم "structured play" واللعب الميسر "الحر"facilitated play" لتشجيع التلقائية واستجابة التواصل وسلوكيات اللعب لدى الأطفال التوحديين . ويتم اللعب المنظم من خلال استخدام عدد من المحاولات تحت إشراف المدرب في حين يتم اللعب الميسر "الحر" من خلال حدوث دمج هؤلاء الأطفال ضمن مجموعة أخرى عادية. وتكونت كل مجموعة من (٨) أطفال في

مرحلة ما قبل المدرسة وكانت النتيجة حدوث تواصل ملائم وكذلك سلوكيات اللعب وكانت استجابة التواصل أكثر حدوثا لدى مجموعة الأطفال المشاركين في اللعب المنظم.

بينما هدفت دراسة Catherin Ablort – Morgan (2003) بعنوان: The impact of music within play therapy on classroom behavior of autistic children إلى التحقق من فاعلية استخدام الموسيقى ضمن جلسات العلاج باللعب في تحسين سلوك الأطفال ذوي اضطراب التوحد داخل الصف، وقد تكونت العينة من (٦) أطفال توحد تتراوح أعمارهم بين (٩ _ ١٢) سنة. وقد تم تطبيق اختبار قبلي وبعدي على مقياس فاعلية استخدام الموسيقى في تحسين سلوك الأطفال التوحديين داخل الصف، حيث بينت النتائج أنه كان لاستخدام الموسيقى أثر إيجابي في سلوك الأطفال التوحديين داخل الصف.

أما دراسة Suzan Danger (2003) بعنوان: Child-centered group play therapy with children with speech difficulties فقد هدفت إلى التحقق من فاعلية العلاج باللعب الجماعي المتمركز حول الطفل في علاج بعض مشاكل الكلام في (النطق، اللغة الاستقبالية، اللغة التعبيرية) لدى أطفال مرحلتي الروضة وما قبل الروضة من ذوي صعوبات الكلام. كما هدفت الدراسة إلى تحديد مدى فاعلية العلاج باللعب الجماعي المتمركز حول الطفل على تحسن تقدير الطفل لذاته، والتفاعل الاجتماعي الإيجابي، والتقليل من سلوك القلق والانسحاب لدى هؤلاء الأطفال. وتكونت المجموعة التجريبية في العينة من (١١) طفلاً تلقوا (٢٥) جلسة علاج باللعب الجماعي إلى جانب جلسات علاج الكلام التوجيهي، أما المجموعة الضابطة فتكونت من (١٠) أطفال تلقوا فقط جلسات علاج الكلام التوجيهي. وتم استخدام اختبار (Goldman Fristoe Test) للنطق، واختبار (Peabody Picture Vocabulary Test) للمفردات، والتقييم الإكلينيكي لأساسيات اللغة لقياس مهارات اللغة الاستقبالية والتعبيرية. كما استخدم مقياس (Burks' Behavior Rating) لقياس أعراض القلق والانسحاب وضعف تقدير الذات وضعف المهارات الاجتماعية الملاحظة من قبل الآباء والمعلمين. وقد أظهرت **نتائج الدراسة** أن العلاج باللعب الجماعي له أهمية عملية كبيرة في مساعدة الأطفال على تحسين مهاراتهم في اللغة التعبيرية، وأهمية عملية متوسطة في مساعدة الأطفال في تحسين مهاراتهم في اللغة الاستقبلالية، وأهمية أقل في مساعدتهم في تحسين النطق. كما أظهرت النتائج تحسناً في مستوى تقدير الذات، والتفاعل الاجتماعي، وخفض في السلوك الانسحابي، والقلق.

ـــ وهدفت دراسة Jennefer J Havlat (2006) بعنوان: The Effects of Music Therapy on the Interaction of verbal and Non-verbal Skills of Students with Moderate to

Severe Autism، إلى المقارنة بين التعليم التقليدي والعلاج بالموسيقى في تحسين مهارات التواصل اللفظي، وغير اللفظي، والتواصل البصري لدى الأطفال التوحديين. وذلك من خلال تطبيق جلسات العلاج بالموسيقى على عينة شملت (٥) أطفال توحديين. وقد توصلت الدراسة إلى أن العلاج بالموسيقى أدى إلى تحسين التواصل البصري، التواصل الغير لفظي، والحصيلة اللفظية لدى أطفال التوحد أفراد العينة.

ــ وهدفت دراسة (2007) Jane L Barrow-Moore بعنوان: The Effects of Music Therapy on the Social Behavior of Children with Autism إلى التحقق من مدى فاعلية استخدام الموسيقى في تحسين مهارات التخاطب، الاشتراك/ أخذ الدور، والتواصل البصري لدى مجموعة من الأطفال التوحديين. وبالمقارنة بين نتائج الجلسات التقليدية والجلسات التي استخدم فيها العلاج بالموسيقى تبين أن هناك تحسن في وعي وانتباه الطلاب أفراد العينة ربما تسمح لهم باستجابات أكثر إيجابية في مهارات التخاطب وأخذ الدور والتواصل البصري.

وهدفت دراسة (2010) Wibke G., et.al: التحقق من فاعلية العلاج بالموسيقى في معالجة الأطفال الذين يعانون من تأخر في تطور الكلام، ومن بينهم أطفال التوحد. طبقت الدراسة على عينة تكونت عينة من (٣٩) طفل وطفلة تراوحت أعمارهم الزمنية بين (٣،٥ – ٦) سنوات، ممن يعانون من تأخر لغوي، ومن بينهم أطفال من فئة التوحد. وقد استخدم في الباحث عدة أدوات منها: برنامج العلاج بالموسيقى الذي تضمن أنشطة موسيقية مثل (الغناء – العزف على الآلات الموسيقية – الرقص)، اختبار تطور الكلام الألماني الخاص بهذه الفئة العمرية، اختبار الذكاء الذي لا يتطلب اللغة المنطوقة أو المكتوبة، ومقياس تقييم العلاج بالموسيقى. **و**أظهرت نتائج الدراسة أن العلاج بالموسيقى له أثر إيجابي على تطور الكلام لدى الأطفال الذين يعانون من تأخر لغوي، بما فيهم فئة أطفال التوحد.

وهدفت دراسة (2011) Jeong, J. B بعنوان: The effect of psycho-motor play on motor and body perception competence for young children with developmental delays، إلى وصف كيفية مساهمة اللعب النفسي الحركي في تقدم القدرة الإدراكية وحركة الجسم لدى الأفراد الذين يعانون من تأخر نمائي من خلال تشكيل صورة إيجابية عن الذات وتنشيط الحركة. شملت الدراسة مجموعة من الأطفال الذين تبلغ أعمارهم بين (٤–٧) سنوات، ممن يعانون من المشكلات النمائية. استخدم الباحث عدة أدوات، هي: برنامج تدريبي تم تطبيقه في ستة أسابيع، اختبار الفهم واختبار القدرة الحركية. وأسفرت الدراسة عن نتائج مفادها أن

اللعب النفسي الحركي يؤدي إلى تحسين قدرة الأطفال الذين يعانون من مشكلات نمائية على فهم الجسم والتوجه المكاني، كما يؤدي إلى تحسين توازن وتنسيق الحركة، والسيطرة عليها.

كما هدفت دراسة Sandra Costa, et.at (2013) بعنوان: - "Where is Your Nose?" Developing Body Awareness Skills Among Children With Autism Using a Humanoid Robot، إلى تطوير مهارات الوعي بأجزاء جسم الإنسان لدى أطفال التوحد. شملت عينة الدراسة ثلاثة من الأطفال الذين يعانون من التوحد. استخدمت الباحثة في الدراسة رجل آلي مجهز بالمحسسات الكثيرة القادر على تمييز اللمس اللطيف من اللمس القاسي ومن ثم الرد وفقاً لذلك. كما تم استخدام سيناريو مبتكر لمسرحية بمساعدة الرجل الآلي، وأيضاً تم الاعتماد على شرائط فيديو لعرض تفاعل الأطفال مع الرجل الآلي. وقد كانت النتائج بأن الأطفال بدؤوا ينظرون إلى المجرب لفترة زمنية أطول. كما لوحظ أن الأطفال أبدوا الكثير من الاهتمام في لمس الإنسان الآلي. وأظهرت النتائج أيضاً زيادة ملحوظة في مدى انتباه الأطفال. إضافة إلى تحسين قدرة الأطفال على التعرف على أجزاء أجسامهم من خلال اللمس بأيديهم.

ثالثاً– التعقيب على الدراسات السابقة وتحليلها وأهم ما استخلص منها وموقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

بعد عرض الدراسات السابقة والمتصلة بموضوع البحث الحالي كان لابد من توضيح أهم ما ورد فيها من حيث الجوانب المختلفة حيث تم التركيز على عدة نقاط كما يلي:

١– من حيث الموضوع والأهداف: تبين من خلال الدراسات السابقة أهمية البرامج التدريبية المقدمة للأطفال ذوي اضطراب التوحد في تحسين التواصل (اللفظي وغير اللفظي)، وكذلك تحسين التفاعل الاجتماعي بالرغم من تنوع مواضيعها وأهدافها. فقد اتخذت بعض هذه الدراسات التواصل اللفظي موضوعاً لها، مثل دراسة سهى أحمد نصر عام (٢٠٠١)، ودراسة سامر عبدالحميد الحساني عام (٢٠٠٥)، ودراسة شوقي عبدالمنعم عام (٢٠٠٥)، ودراسة أيمن حامد الخيران عام (٢٠١١)، ودراسة رفاه جمال لمفون عام (٢٠١١)، ودراسة Suzan Danger عام (٢٠٠٣)، ودراسة Jane L عام (٢٠٠٧)، ودراسةWibke G وآخرون عام (٢٠١٠). واتخذت دراسات أخرى التواصل غير اللفظي موضوعاً لها، ومنها دراسة لينا عمر صديق عام (٢٠٠٧)، ودراسة Jeong عام (٢٠١١)، ودراسة بشرى عويجان عام (٢٠١٢)، ودراسة يزيد عبد المهدي الغصاونة ووائل محمد الشرمان عام (٢٠١٣)، ودراسة دلشاد علي عام (٢٠١٣)، ودراسة Sandra Costa وآخرون عام (٢٠١٣). بينما كان موضوع بعض الدراسات تحسين التواصل بجانبيه اللفظي وغير اللفظي لدى الأطفال

التوحديين، مثل دراسة رائد موسى علي عام (٢٠٠٤)، ودراسة مصطفى أحمد صادق والسيد سعد الخميسي عام (٢٠٠٤)، ودراسة لونا أسعد فيليب عام (٢٠٠٦)، ودراسة رامي خليل العماوي عام (٢٠٠٧)، ودراسة رضا عبد الستار كشك عام (٢٠٠٧)، ودراسة Kokوآخرون عام (٢٠٠٢)، ودراسة Jennefer عام (٢٠٠٦). في حين اقتصر موضوع بعضها على تحسين التفاعل الاجتماعي الذي تناولته الباحثة في فرضيات بحثها، مثل دراسة Catherin Albort – Morgan عام (٢٠٠٣)، ودراسة عادل عبدالله محمد وإيهاب حامد عبد العظيم، ودراسة مجدي فتحي غزال، ودراسة يزيد عبد المهدي الغصاونة، وكلها عام (٢٠٠٧).

٢- **من حيث حجم العينة:** كان حجم العينة في جميع الدراسات السابقة صغيراً، حيث تراوح حجم العينات بين (٣ – ٣٩). وكانت الفئة العمرية التي تناولتها غالبية هذه الدراسات هي مرحة الطفولة، مثل دراسة سهى أحمد نصر عام (٢٠٠١)، مثل دراسة Kok وآخرون عام (٢٠٠٢)، دراسة Catherin Albort – Morgan عام (٢٠٠٣)، ودراسة مصطفى أحمد صادق والسيد سعد الخميسي عام (٢٠٠٤)، ودراسة شوقي عبدالمنعم عام (٢٠٠٥)، ودراسة أيمن حامد الخيران عام (٢٠١١)، بينما تناولت بعض الدراسات مرحلة (المراهقة)، مثل دراسة رامي خليل العماوي عام (٢٠٠٧)، ودراسة دراسة رفاه جمال لمفون عام (٢٠١١).

٣- **من حيث الأدوات:** اعتمدت غالبية الدراسات السابقة على تطبيق برامج علاجية خلال جلسات إما فردية أو جماعية، وقد استخدمت مقاييس مختلفة للتواصل والتفاعل الاجتماعي لقياس فاعلية هذه البرامج تبعًا لطبيعة الموضوع المدروس، وذلك من خلال تطبيق المقياس على أفراد عينة الدراسة قبل البدء بتطبيق البرامج العلاجية، وبعد الانتهاء من تطبيقها.

٤- ما استفادت منه الباحثة من الدراسات السابقة:

- الاطلاع على الجوانب التي ركزت عليها هذه الدراسات، والمتغيرات التي اهتمت بدراستها.

- المنهجية العلمية التي استخدمتها الدراسات السابقة في صوغ مشكلة البحث وفرضياته ومعالجة النتائج.

- الإفادة من أدوات البحث في الدراسات السابقة من أجل إعداد وتصميم أدوات البحث الحالي.

- الإفادة من الدراسات السابقة في إعداد البرنامج التدريبي الحالي من خلال التعرف على الأسس والمبادئ التي تقوم عليها البرامج المستخدمة في الدراسات السابقة، والاستفادة من المنهجية في بناء هيكلية البرنامج التدريبي الحالي.

- مقارنة نتائج البحث الحالي بالنتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة، والمرتبطة بجوانب هذا البحث.

٥- موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

من خلال ما تم استعراضه عن الدراسات السابقة يمكن القول:

١- تشابهت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في هدفها الذي يتمحور حول تحسين التواصل لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، كما أنه درس أثر البرامج على تحسين التفاعل الاجتماعي لدى أفراد العينة، وبذلك فهو يتشابه مع الدراسات السابقة التي تناولت التواصل والتفاعل الاجتماعي.

٢- اتفقت الدراسة الحالية مع غالبية الدراسات السابقة في اختيار العينة من مرحلة الطفولة المبكرة تأكيداً على أهمية التدخل المبكر بالنسبة للأطفال ذوي اضطراب التوحد.

بينما تميزت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة التي تم عرضها من خلال الإضافات التالية:

- الاعتماد على مبادئ العلاج النفسي الحركي وفنياته المتنوعة في بناء البرنامج العلاجي، حيث أنها كانت بذلك الدراسة الأولى محلياً وعربياً على حد علم الباحثة في لفت الانتباه إلى أهمية العلاج النفسي الحركي في علاج وتأهيل الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

- يمكن عدّ هذا البحث من الخطوات التجريبية الأولى في البيئة المحلية في مجال إعداد البرامج التدريبية الخاصة بالتواصل اللفظي لدى أطفال التوحد وضمن الفئة العمرية المستهدفة (٤-٨) سنوات باستخدام العلاج النفسي الحركي.

الفصل الرابع

منهجية الدراسة وأدواتها

- مقدمة
- منهج الدراسة
- عينة الدراسة
- أدوات الدراسة
- الأساليب الإحصائية المستخدمة

[Type the document title]

الفصل الرابع

منهجية الدراسة وأدواتها

المقدمـــــــة

يتضمن هذا الفصل منهج الدراسة المعتمد، وعرض الخطوات المتبعة في بناء أدوات الدراسة، ووصف عينة الدراسة وطريقة اختيارها، كما تضمن إجراءات التطبيق الميداني وعرض الأساليب الإحصائية المستخدمة في معالجة النتائج.

أولاً- منهج الدراسة

اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج شبه التجريبي للتحقق من فعالية العلاج النفسي الحركي في تحسين مهارات التواصل اللفظي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد. سمِّي المنهج بهذا الاسم لأنه لا يتم الاختيار والتعيين فيه عشوائياً، كما أنه لا يمكن ضبط المتغيّرات فيه بمقدار ما يتم ضبطها في المنهج التجريبي، ويتم استخدام المنهج شبه التجريبي عندما يكون من الصعب تطبيق المنهج التجريبي(هويمل: ٢٠١١، ١٣). وتم اعتماد تصميم السلاسل الزمنية وهو أحد تصاميم المنهج شبه التجريبي، والذي فيه تخضع مجموعة واحدة تجريبية للمتغير المستقل، ومعرفة النتائج بعد أن يتم اختبارها اختباراً قبلياً، ثم تختبر أيضاً بعد التجربة اختباراً بعدياً لمقارنة نتائجها بنتائج الاختبار القبلي ومعرفة أثر المتغير المستقل على أفراد المجموعة التجريبية(عدس؛ وآخرون: ٢٠٠٥، ٢٩٤).

ثانياً - عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة الأساسية من(٦) أطفال من ذوي اضطراب التوحد المترددين إلى المنظمة السورية للمعوقين آمال، وتكونت العينة من(٤) ذكور و(٢) من الإناث وقد تراوحت أعمارهم بين(٤-٨) سنوات، أما عيّنة الدراسة السيكومترية فتكونت من (٢٠) طفلاً وطفلةً من ذوي اضطراب التوحد المترددين إلى المنظمة.

ـ مواصفات العينة وطريقة اختيارها:

تعدّ عينة الدراسة من العينات ذات الحجم الصغير. تم اختيارها بطريقة قصديَّة لتحقيق أهداف الدراسة، وتم سحبها وفق الشروط التالية:

١. أن يكون أفراد العينة من الفئة العمرية ما بين (٤ _ ٨) سنوات.
٢. أن يكون أفراد العينة من فئة ذوي اضطراب التوحد الكلاسيكي، المشخَّصين من قبل اختصاصي التربية الخاصة بناءً على الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل (DSM-IV-TR) لعام (٢٠٠٠)، وقائمة تقدير السلوك التوحدي Autistic Behavior Chicklist (ABC)، ومقياس تقدير التوحد الطفولي Childhood Autism Rating Scale(CARS).
٣. أن يكون أفراد العينة من الأطفال الذين تلقُّوا التدريب في المركز لمدة سنة على الأقل، ليكونوا قد اكتسبوا بعض المهارات التي تساعد الباحثة على إجراء الجلسات العلاجية، مثل مهارة التّقليد، مهارة الجلوس لفترة زمنية طويلة نسبياً بما يتناسب مع مدة الجلسة العلاجية.
٤. أن يكون أفراد العينة من الأطفال الملتزمين بالدَّوام في مركز التوحد في المنظمة السورية للمعوقين (آمال)، لضمان استكمال تطبيق البرنامج العلاجي وقياس أثره ضمن الفترة الزمنية المخصَّصة لتطبيق الدراسة.

ثالثاً - أدوات الدراسة

قامت الباحثة ببناء مقياس لتقدير التواصل اللفظي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، واستعانت بمقياس الخيران(٢٠١٠) لتقدير التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، كما قامت بتصميم برنامج قائم على العلاج النفسي الحركي لدراسة فاعليته في تحسين مهارات التواصل اللفظي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وفيما يلي عرض مفصل لخطوات بناء أدوات الدراسة:

١-مقياس تقدير التواصل اللفظي:

قامت الباحثة بالإطلاع على عدد من الأبحاث والدراسات السابقة التي استخدمت مقاييس لتقدير التواصل اللفظي، ومن بينها دراسة سهى نصر عام (٢٠٠١)، ودراسة Suzan Dager عام (٢٠٠٣)، ودراسة لونا فيليب عام (٢٠٠٦)، ودراسة رامي العماوي، ودراسة Jane Barrow-Moore عام (٢٠٠٧)، ودراسة رفاه لمفون عام (٢٠١١) وغيرها من الدراسات، والتي جميعها تقيس مدى فاعلية البرامج المختلفة التي تم تطبيقها في تحسين التواصل اللفظي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد. بينما استهدفت بعض الدراسات قياس فاعلية البرامج التي استخدمتها في تحسين التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، واستخدمت مقاييس تخدم قياس أهدافها، مثل دراسة Kok وآخرون عام (٢٠٠٢)، ودراسة عادل محمد وإيهاب عبد العظيم، ودراسة مجدي غزال عام (٢٠٠٧). كما دمجت بعض الدراسات بين الهدفين واستخدمت مقاييس لتقدير التواصل اللفظي ومقاييس لتقدير التفاعل الاجتماعي، مثل دراسة Catherin Morgan عام (٢٠٠٣)، ودراسة أيمن الخيران عام (٢٠١١). وتوصلت الباحثة بعد ذلك لتصميم مقياس لتقدير التواصل اللفظي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد. تم بناء المقياس على مرحلتين، المرحلة الأولى كانت بناء الصورة الأولية للمقياس، حيث تم اختيار العبارات بهدف التعرف على أسلوب ومستوى التواصل اللفظي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، أي معرفة فيما إذا كان الطفل يتواصل باستخدام إشارات، أم أصوات أو مقاطع صوتية، أم كلمات مفردة، أم جمل (ومدى طول الجملة لديه)، وهل يستخدم ما لديه من لغة بشكل وظيفي أم لا، ويقيس المقياس قدرة الطفل على (التقليد، التمييز، الإنتاج، التركيب). وعرض المقياس في صورته الأولية على مجموعة من المحكمين للحكم على مدى ملائمته لتحقيق أهداف الدراسة. وفي المرحلة الثانية قامت الباحثة بتعديل عبارات المقياس وفقاً لآراء

المحكمين، ومن ثم التحقق من صدق وثبات المقياس بالطرق الإحصائية المناسبة، حيث خلصت إلى بناء المقياس في صورته النهائية، وتكون المقياس من(٣٧) عبارة توزعت بين عبارات سلبية وأخرى إيجابية؛ بلغ عدد العبارات السلبية (١١) عبارة، بينما بلغ عدد العبارات الإيجابية (٢٦) عبارة، جميعها تقيس التواصل اللفظي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد وفق تدرج ثلاثي (ينطبق، ينطبق أحياناً، لا ينطبق)، وبدرجات (١،٢،٣) للعبارات الإيجابية، و(٣،٢،١) للعبارات السلبية، وعلى ذلك تتراوح الدرجات على المقياس بين الدرجة العليا(١١١) والدرجة الدنيا(٣٧)، وتشير الدرجات العليا إلى مستوى مرتفع من التواصل اللفظي لدى الطفل، بينما تشير الدرجات المنخفضة إلى مستوى منخفض للتواصل اللفظي لدى الطفل.(راجع الملحق /٢/ في الصفحة ١٣٦)

الدراسة السيكومترية لمقياس تقدير التواصل اللفظي:

أولاً- صدق المقياس

- **صدق المحكمين:** عرضت الباحثة مقياس تقدير التواصل اللفظي على مجموعة من المحكمين، ملحق رقم(١)، لإبداء مقترحاتهم حول:

  - الصياغة اللغوية لعبارات المقياس.
  - السلامة العلمية لمضمون المقياس.
  - ملاءمة المقياس لأهداف الدراسة.
  - قدرة المقياس على قياس ما وضع لقياسه.

وقد وجد اتفاق بنسبة ١٠٠% بين آراء السَّادة المحكِّمين من حيث السلامة العلمية لمضمون المقياس، وملاءمة المقياس لأهداف الدراسة، وقدرة المقياس على قياس ما وضع لقياسه؛ أما من حيث الصياغة اللغوية لعبارات المقياس، فقد أشار بعض المحكمين إلى تعديل صياغة العبارات (٥، ٩، ١٣، ١٥، ٣٥، ٣٦)؛ وتم التعديل وفق اقتراحاتهم كالآتي:

جدول(٢)

تعديل صياغة بعض عبارات مقياس تقدير التواصل اللفظي وفق اقتراحات المحكمين

العبارة الأولية	العبارة بعد التَّعديل
ـ يقول اسمه عند سؤاله عنه	ـ يقول اسمه عند سماع سؤال (ما اسمك؟)
ـ يقول كلمة (أنا) ليعبر عن نفسه	ـ يستخدم ضمير (أنا) للتعبير عن نفسه
ـ يقول باي عند الوداع	ـ عند الوداع يعبر بكلمة (باي)
ـ يقلد الكلمات المفردة	ـ يستطيع تقليد الكلمات المفردة
ـ يستخدم أكثر من كلمة عند الوداع	ـ يعبر عن الوداع بأكثر من كلمة
ـ يقلد المقاطع الصوتية بشكل صحيح	ـ يستطيع تقليد المقاطع الصوتية بشكل صحيح

- **صدق الاتساق الداخلي:**

قامت الباحثة بتطبيق مقياس تقدير التواصل اللفظي على عينة مكونة من (٢٠) طفلاً وطفلةً من الأطفال ذوي اضطراب التوحد، لحساب صدق الاتساق الداخلي للمقياس باستخدام معامل ارتباط بيرسون، ومعرفة ارتباط درجة كل سؤال بالدرجة الكلية، ويلخص الجدول الآتي نتائج الارتباط:

جدول(٣)

اختبار معامل الارتباط بيرسون لبيان نتائج صدق الاتساق الداخلي لمقياس تقدير التواصل اللفظي

السؤال	معامل ارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
١	٠،٧٢٠(**)	٠،٠٠٠
٢	٠،٥٨٤(**)	٠،٠٠٧
٣	٠،٧٦٧(**)	٠،٠٠٠
٤	٠،٦٥٢(**)	٠،٠٠٢
٥	٠،٧٨٧(**)	٠،٠٠٠
٦	٠،٧٦٧(**)	٠،٠٠٠
٧	٠،٦٨٧(**)	٠،٠٠١
٨	٠،٧٣٧(**)	٠،٠٠٠
٩	٠،٥٨٢(**)	٠،٠٠٧

١٠	٠،٦١٩(**)	٠،٠٠٤
١١	٠،٨٤٠(**)	٠،٠٠٠
١٢	٠،٧٦٧(**)	٠،٠٠٠
١٣	٠،٧٣٢(**)	٠،٠٠٠
١٤	٠،٧٨٦(**)	٠،٠٠٠
١٥	٠،٦٧٦(**)	٠،٠٠١
١٦	٠،٨١٩(**)	٠،٠٠٠
١٧	٠،٧٦٧(**)	٠،٠٠٠
١٨	٠،٦٦٥(**)	٠،٠٠١
١٩	٠،٥٣٤(**)	٠،٠١٥
٢٠	٠،٦٨٧(**)	٠،٠٠١
٢١	٠،٤٩٧(**)	٠،٠٠٦
٢٢	٠،٥٧٧(**)	٠،٠٠٨
٢٣	٠،٧٦٧(**)	٠،٠٠٠
٢٤	٠،٦٧٣(**)	٠،٠٠١
٢٥	٠،٦٤١(**)	٠،٠٠٢
٢٦	٠،٥٩١(**)	٠،٠٠٦
٢٧	٠،٧٦٧(**)	٠،٠٠٠
٢٨	٠،٦١٨(**)	٠،٠٠٤
٢٩	٠،٧٦٧(**)	٠،٠٠٠
٣٠	٧٦١،٠(**)	٠،٠٠٠
٣١	٠،٧٦٧(**)	٠،٠٠٠
٣٢	٠،٦٨٧(**)	٠،٠٠١
٣٣	٠،٧٦١(**)	٠،٠٠٠
٣٤	٠،٧٦٧(**)	٠،٠٠٠
٣٥	٠،٦٨٧(**)	٠،٠٠١
٣٦	٠،٧٦١(**)	٠،٠٠٠
٣٧	٠،٧٩٢(**)	٠،٠٠٠

(**) دال عند مستوى دلالة (٠،٠١).

يوضح الجدول(٣) أن جميع مستويات الدلالة لقيمة معامل الارتباط بيرسون أصغر من مستوى الدلالة الافتراضي(٠،٠١)، وهذا يدل على أن جميع أسئلة المقياس قد حققَّت ارتباطاً عالياً بالدرجة الكلية، وبالتالي فإن المقياس يتسم باتِّساق داخلي عالٍ يدل على صلاحية استخدامه في الدراسة الحالية.

ثانياً- ثبات المقياس:

قامت الباحثة بالتحقق من ثبات المقياس بالطرق الآتية:

- **الثبات بالإعادة:**

بعد تطبيق مقياس تقدير التواصل اللفظي على عينة مكونة من (٢٠) طفلاً وطفلةً، من الأطفال ذوي اضطراب التوحد، المترددين إلى المنظمة السورية للمعوقين آمال، قامت الباحثة بإعادة تطبيقه على العينة ذاتها، بعد فاصل زمني بلغت مدَّته أسبوعين تقريباً، وذلك بهدف حساب معامل الارتباط بين درجة أفراد العينة في التطبيق الأول ودرجاتهم في التطبيق الثاني، وذلك باستخدام معامل ارتباط بيرسون، وكانت النتائج كما يلي:

جدول(٤)

معامل ارتباط بيرسون لنتائج الثبات بالإعادة لمقياس تقدير التواصل اللفظي

ن	قيمة معامل ارتباط بيرسون	مستوى الدلالة	الدلالة
٢٠	٠،٩٤٨(**)	٠،٠٠٠	دال إحصائياً

(**) دال عند مستوى دلالة (٠،٠١).

يوضح الجدول(٤) من خلال قيمة ارتباط بيرسون التي بلغت(٠،٩٤٨)، وبمستوى دلالة(٠،٠٠٠) وهي أصغر من مستوى الدلالة الافتراضي(٠،٠١)، وبالتالي فهي دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة(٠،٠١)، أن الأداة تتمتع بثبات عال، وهي صالحة للاستخدام في الدراسة الحالية.

- **الثبات بالتجزئة النصفية:**

حيث قامت الباحثة بتجزئة بنود المقياس، بعد تطبيقه على العينة سابقة الذكر إلى البنود الفردية والبنود الزوجية، وقامت بحساب معامل الارتباط بينهما، وكانت النتائج على الشكل الآتي:

جدول(٥)

قيمة معامل الارتباط للتحقق من الثبات بالتجزئة النصفية لمقياس تقدير التواصل اللفظي

	ن	قيمة معامل ارتباط Split-Half
مقياس تقدير التواصل اللفظي	٢٠	٠،٩١٤

يوضح الجدول(٥) من خلال قيمة معامل الارتباط Split-Half التي بلغت(٠،٩١٤) أن الأداة تتمتع بمعامل ثبات عالٍ، وبالتالي فهي صالحة للاستخدام في هذه الدراسة.

- **معامل ألفا كرونباخ:**

قامت الباحثة بحساب معامل ألفا كرونباخ، لمقياس تقدير التواصل اللفظي بعد تطبيقه على عينة مكونة من (٢٠) طفلاً وطفلةً، من الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وكانت النتائج على الشكل الآتي:

جدول(٦)

نتائج معامل ألفا كرونباخ لمقياس تقدير التواصل اللفظي

	ن	قيمة معامل ارتباط ألفا كرونباخ
مقياس تقدير التواصل اللفظي	٢٠	٠،٩١٧

يوضح الجدول(٦) من خلال قيمة معامل ألفا كرونباخ التي بلغت(٠،٩١٧) أن الأداة تتمتع بمعامل ثبات عالٍ، وبالتالي فهي صالحة للاستخدام في هذه الدراسة.

٢-مقياس تقدير التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين إعداد الخيران(٢٠١١):

قام مصممِّ المقياس بإعداده بعد الاطلاع على الأطر النظرية المتعلقة بالتفاعل الاجتماعي لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة، إضافة إلى الأطر النظرية المتعلقة بالتفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد والأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الأخرى، وكذلك قام مصممِّ المقياس بالاطلاع على مقاييس وقوائم تقدير التفاعل الاجتماعي لأطفال التوحد، كقائمة تقدير السلوك التوحدي (Autism Behavior Checklist)، ومقياس السلوك التكيفي(Adaptive Behavior Scale)، ومقياس مظاهر العجر في التفاعل الاجتماعي، وبناءً على ما سبق قام الباحث بإعداد مقياس تقدير التفاعل الاجتماعي، الذي تكون من(٣٣) عبارة مصاغة بلغة عربية سليمة، وسهلة، وواضحة، وفق تدرج ثلاثي (ينطبق، ينطبق أحياناً، لا ينطبق). وذلك بعد إجراء دراسة سيكومترية للتحقق من صدق وثبات المقياس بعدة طرق، وهي:

أولاً- صدق المقياس:

قام مصمم المقياس بالتحقق من صدق مقياس تقدير التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب التوحد بالطرق الآتية:

- **صدق المحتوى:**

قام مصمم المقياس بعرضه على عدد من المحكمين بلغ عددهم(١٧) محكماً من أعضاء هيئة التدريس في قسم علم النفس والتربية الخاصة في جامعة دمشق، وجامعة الملك عبد العزيز في السعودية، واختصاصيين عاملين مع أطفال التوحد في المنظمة السورية للمعوقين (آمال)، بهدف الحكم على عبارات المقياس من حيث سلامة صياغتها اللغوية ومدى وضوح العبارات، وقام بتعديل بعض العبارات بناءً على آراء المحكمين، وبذلك توصل إلى وضع الصورة النهائية للمقياس.

- **الصدق التمييزي:**

طبق المقياس على عينة قوامها(٢٠) طفلاً وطفلةً من الأطفال العاديين تم اختيارهم من روضة ميس الريم في منطقة جرمانا، و(٢٠) طفلاً وطفلةً من أطفال التوحد، تراوحت اعمارهم بين(٤-٦) سنوات، من الملتحقين بمركز التوحد في المنظمة السورية للمعوقين آمال، وتم حساب دلالات الفروق بين متوسطات درجات الأطفال العاديين ومتوسطات درجات أطفال التوحد عن طريق اختبار(ت ستودنت)، وكانت النتائج على الشكل الآتي:

جدول(٧)

نتائج اختبار ت ستودنت لدلالة الفروق بين متوسطات درجات الأطفال العاديين ومتوسطات درجات أطفال التوحد على مقياس تقدير التفاعل الاجتماعي

العينة	ن	م	ع	د.ح	ت	مستوى الدلالة	الدلالة
العاديين	٢٠	٨٤،١٤	٢،٠٤	٣٨	٣،١٤	٠،٠٣٢	دالة إحصائياً
التوحديين	٢٠	٥٧،٠١	٤،٧٨				

يوضح الجدول(٧) من خلال قيمة ت التي بلغت(٣،١٤)، وبمستوى دلالة(٠،٠٣٢)، وهي أصغر من قيمة مستوى الدلالة الافتراضي(٠،٠٥) أن هنالك فروق ذات دلالة بين متوسطات درجات المجموعتين على مقياس تقدير التفاعل الاجتماعي، مما يدل على أن المقياس قادر على التمييز بين الأطفال العاديين والتوحديين فيما يتعلق بالتفاعل الاجتماعي.

ثانياً- ثبات المقياس:

قام مصمم المقياس بالتحقق من ثباته بطريقتين:

- **إعادة الاختبار:** حيث قام بإعادة تطبيق الاختبار على عينة استطلاعية قوامها(٢٠) طفلاً من الأطفال التوحديين بفاصل زمني أسبوعين تقريباً بين التطبيقين، وقام بحساب معامل الارتباط بيرسون بين التطبيقين، وكانت النتائج على الشكل الآتي:

جدول(٨)

معامل ارتباط بيرسون لنتائج الثبات بالإعادة لمقياس تقدير التفاعل الاجتماعي

ن	قيمة معامل ارتباط بيرسون	مستوى الدلالة	الدلالة
٢٠	٠،٨٢(**)	٠،٠٠٢	دال إحصائياً

يوضح الجدول(٨) من خلال قيمة ارتباط بيرسون التي بلغت(٠،٨٢)، وبمستوى دلالة(٠،٠٠٢) وهي أصغر من مستوى الدلالة الافتراضي(٠،٠١)، وبالتالي فهي دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة(٠،٠١)، أن الأداة تتمتع بثبات عال، وهي صالحة للاستخدام في الدراسة الحالية.

- **معامل ألفا كرونباخ:**

قام مصمم المقياس بحساب معامل ألفا كرونباخ لمقياس التفاعل الاجتماعي بعد تطبيقه على العينة الاستطلاعية، وكانت النتائج على الشكل الآتي:

جدول(٩)

معامل ألفا كرونباخ لمقياس تقدير التفاعل الاجتماعي

	ن	قيمة معامل ارتباط ألفا كرونباخ
مقياس تقدير التفاعل الاجتماعي	٢٠	٠،٨٧

يوضح الجدول(٩) من خلال قيمة معامل ألفا كرونباخ التي بلغت(٠،٨٧)، أن المقياس يتمتع بثبات عالٍ وقابل للتطبيق لتحقيق أغراض البحث.

٣- البرنامج العلاجي

مقدمـــــــــــــــة

لقد ظهر العديد من طرق علاج وتأهيل أطفال التوحد منها ما هو مبني على العلاج الطبي باختلاف جوانبه، مثل عقاقير وأدوية أو تغذية وحمية ... أو العلاج النفسي مثل الموسيقى واللعب...أو العلاج السلوكي مثل برنامج Treatment and education of autism related communication handicapped children (TEACCH)، الذي طوره الدكتور إيريك شويلر عام (١٩٧٢)، وكان أول برنامج تربوي مختص بتعليم الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وبرنامج "Lovaas" الذي ابتكره استاذ الطِّب النَّفسي في جامعة لوس آنجلوس إيفور لوفاس Ivor Lovaas عام (١٩٧٨)، وغيرها. ويعد تأهيل أطفال التوحد من خلال برامج تدريبية خاصة مهماً جداً، ذلك لمساعدتهم على تحسين أدائهم في المجالات المختلفة. الدور الأهم في تأهيل أطفال التوحد يقوم به اختصاصيون في اضطرابات الكلام واللغة، المتخصصون في تأهيل هذه الحالات. حيث يقوم اختصاصي اضطرابات الكلام واللغة بتقييم الطفل وتحديد مستواه في القدرة التواصلية من خلال مقابلة الطفل وملاحظته وتطبيق مقاييس تقدير التواصل اللغوي الخاصة بأطفال التوحد. ومن ثم وضع البرنامج الفردي المناسب لحالة الطفل، وبعدها يبدأ العمل مع الطفل وفقاً للبرنامج الذي تم تصميمه. وفي هذه الدراسة تحاول الباحثة بناء برنامجها العلاجي بالاعتماد على أسس وفنيات العلاج النفسي الحركي، وهو أحد أنواع العلاجات التي تستخدم مع ذوي الاحتياجات الخاصة، كمحاولة في تحسين مستوى التواصل اللفظي لدى فئة أطفال التوحد.

أهمية البرنامج

الأفراد ذوو اضطراب التوحد لديهم مشكلات في التواصل بدرجات متفاوتة، وغير قادرين على تكوين علاقات اجتماعية وعاطفية وانفعالية مع الأقران والآخرين المحيطين بهم. ومع ذلك يبقى هناك الكثير من الطرق والمصادر والمؤسسات التي يمكن من خلالها مساعدة هؤلاء الأفراد.

أشار العديد من العلماء والباحثين إلى أن العلاج النفسي الحركي يسهم في زيادة كل من التواصل اللفظي وغير اللفظي لدى أطفال التوحد. ومنهم "Kalish" الذي يقول أن المعالج في أثناء العلاج الحركي يجب أن يستخدم اللغة اللفظية في محاولة للفت انتباه الطفل. فالمعالج قادر على استعمال التواصل اللفظي لدعم العلاقة غير اللفظية لتوجيه الطفل نحو الأسلوب التقليدي (الطبيعي) للتواصل. فكما تتكلم الأم (أو يجب أن تتكلم) مع رضيعها قبل مرحلة التواصل اللفظي للطفل، كذلك المعالج بالحركة يجب أن يتكلم مع طفله الذي يعالجه منذ مرحلة التواصل غير اللفظي (Kalish: 1986, 83). ومن الآراء التي تدعم ذلك رأي (Ruttenberg: 1980, 176) إذ أشار إلى أنه خلال المنهج الحركي يجب أن نتكلم مع الطفل، نغنى له، نسمي أعضاء جسمه، نسمي الأشياء؛ ظروف المكان (فوق، تحت، داخل، خارج)، الصفات (سريع، بطيئ)، ...الخ، فالطفل في أثناء تطوُّره الأوّلي خلال علاج توجيه حركة الجسم قد يصبح قادراً أكثر فأكثر على التكلُّم واللَّعب الرَّمزي. كما أشار بوليفانت (Bullivant, 1989, 109)، إلى ما يلي كمثال على كيفية إمكانية استخدام التواصل اللفظي من قبل المعالج بالعلاج الحركي: في المستوى الحركي يقوم المعالج، من وقت لآخر، بترجمة ما يقوم به الطفل إلى لغة بسيطة، إذ إن تحويل نشاطاته إلى ألفاظ بهذه الطريقة يعد وسيلة ليقوم الطفل بعكس إيجابي لما يظهره، ويزيد تصوُّره لجسمه، بالإضافة إلى مساعدته على التَّنظيم الإدراكي وتنظيم تجاربه. لذا، فإن ضبط العلاج المشبّع بالتواصل غير اللفظي يدعم أيضاً المكون اللفظي في التواصل(Douglas: 1997, 29). ومما سبق يتوضح لدينا أهمية إيجاد برامج تعتمد على العلاج النفسي الحركي لاختبار مدى فاعليته في تحسين التواصل اللفظي لدى أطفال التوحد.

أهداف البرنامج

أ- **الهدف العام:**

يهدف البرنامج إلى اختبار مدى فاعلية العلاج النفسي الحركي في تحسين التواصل اللفظي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد من خلال الاعتماد على بعض من فنيات العلاج النفسي الحركي مثل (اللعب، الموسيقى، الحركة).

ب- **الأهداف الفرعية:**

- تدريب الطفل على التمييز بين المفاهيم اللغوية المستهدفة في البرنامج بهدف إغناء لغته بمفردات جديدة.
- تدريب الطفل على التقليد المباشر للأصوات والمقاطع الصوتية والكلمات المفردة والجمل.
- تدريب الطفل على الإنتاج العفوي للأصوات والكلمات والجمل.
- تدريب الطفل على تركيب الكلمات ضمن جملة.
- تدريب الطفل على الاستخدام الوظيفي لما اكتسبه من كلمات وجمل في طلب بعض حاجاته وفي بعض المواقف الاجتماعية.

الأسس العامة للبرنامج

يقوم البرنامج على بعض فنيات العلاج النفسي الحركي، وهي (اللعب، الموسيقى، الحركة)، وهذه الفنيات تقوم على أسس علمية في تحسين التواصل اللفظي لدى أطفال فئة التوحد. يمكن توضيح هذه الأسس من خلال النقاط التالية:

- كما رأينا في الاتجاهات العلميَّة المفسَّرة للقصور اللغوي لدى ذوي اضطراب التوحد أن نتائج الدراسات العلميَّة الأخيرة توصَّلت إلى وجود انخفاض نسبي واضح في نشاط النصف الكروي الأيسر من الدِّماغ والذي يتضمن المراكز المسؤولة عن إنتاج اللغة، وأن ذوو اضطراب التوحد يعالجون المعلومات اللغوية في النصف الأيمن من الدِّماغ. "وهناك وجهة نظر تقول أنَ نصف كرة الدماغ الأيمن مسيطر على الموسيقى" (Leigh: 2010, 13). لذا فإن العلاج بالموسيقى يمكن أن يمكّنَ أولئك الذين لا يملكون اللغة من التواصل والتفاعل، والتعبير عن أنفسهم. وفي أغلب الأحيان تُساعد الموسيقى في تطوير التواصل اللفظيِ (الكلام والمهارات اللغوية). فالغناء مثلاً تقنية فعّالة تستعمل لزيادة طول الجملة، الطلاقة، معدل الكلام، وملائمة شدة ونوعية الصوت في الكلام. كما أن الضَّرب الإيقاعي يمكن أن يحسّن أيضاً معدل الكلام(Guy & Neve: 2005, 3).
- المنهج النفسي حركي واللعب: الأطفال يجعلون لعبهم حيّاً من خلال تفسيرهم الخاص له. فالحصان مثلاً يمكن أن يصبح سفينة، والأطفال يمكن أن يدافعوا عن السفينة ضد قراصنة العدو، والدرّاجات الصغيرة ربما تتحول إلى مراكب، والكرات الإسفنجية تقذف على مخيم الجنود من قبل سفينة القراصنة. فالأطفال يلعبون في المواقف التي تشبه إما

حياتهم اليومية أو عوالم خيالية. من خلال هذا النوع من اللعب تظهر الخبرات اليومية للأطفال على شكل نشاطات رمزية ويتعامل معها الأطفال على أنها خبرات جديدة أو مصطفاة. والأطفال يعبرون عن ذواتهم من خلال النشاط الرمزي، لذا، فإنهم في بعض الأحيان يملكون فرصاً لحل المشكلات. بهذه الطريقة النفسية الحركية يمكن مساعدة الأطفال من خلال تزويدهم بفرص للبحث عن عالم جديد. فالأطفال يعبرون عن ذواتهم ويتواصلون من خلال اللعب والحركة. فهم يربطون تصوراتهم وقصصهم المفضلة باللعب. وإضافة إلى ذلك فإن اللعب يساعدهم على التعامل مع الصراع العاطفي، فإذا استطاع الأطفال التحكم بسلوكهم فإنهم سوف يستطيعون اللعب بتركيز دقيق وطاقة عالية، لأن اللعب النفسي حركي يسمح للأطفال بالتعبير عن ذواتهم بشكل ملائم(Park: 2011, 104).

مكان تطبيق البرنامج

تم تطبيق جلسات البرنامج في المنظمة السورية للمعوقين (آمال)، في كل من الغرف الخاصة بالتأهيل في قسم تقويم الكلام واللغة، وحديقة الرياضة واللعب الحر.

العينة المستهدفة في البرنامج

يستهدف البرنامج الحالي مجموعة مكونة من (٦) أطفال ممن تم تشخيصهم بالتوحد الكلاسيكي، تضم الجنسين (٢إناث – و٤ ذكور) من الفئة العمرية بين (٤ –٨) سنوات. ممن لديهم مشكلات في التواصل اللفظي.

الإجراءات التنفيذية للبرنامج وتتضمن:

أ ــ عدد الجلسات:

يتضمن البرنامج عشرين جلسة يتم تطبيقها بواقع جلستين إلى ثلاث جلسات في كل أسبوع، أي أن الفترة الزمنية بين كل جلسة وأخرى تتراوح ما بين يومين إلى ثلاثة أيام. على أن تكون كل جلسة قابلة للإعادة إذا لم يتحقق الهدف من أول جلسة. وتبدأ الجلسات من المستوى اللغوي الصوتي وتنتهي بالمستوى النحوي للغة مروراً بمستوى المعاني والصرف. والجدول الآتي يوضح محتوى البرنامج العلاجي من حيث عدد جلساته والأنشطة المستخدمة والمهارات المستهدفة:

جدول(١٠)

محتوى البرنامج العلاجي

عدد جلسات البرنامج	الفنيات المستخدمة	المهارات المستهدفة في البرنامج
٢٠	اللعب الموسيقا	التمييز التقليد المباشر الإنتاج العفوي التركيب

ب ــ محتوى كل جلسة: الملحق رقم(٥)

تحكيم البرنامج:

تم عرض البرنامج على(٢) من أساتذة الجامعة الأردنية، و(٣) من اختصاصيي تقويم الكلام واللغة، و(٤) من اختصاصيي التربية الخاصة في المنظمة السورية للمعوقين(آمال)، وذلك للحكم على:

- صياغة الأهداف في الجلسات
- مدى ملائمة الإجراءات لتحقيق أهداف كل جلسة.
- مدى كفاية عدد الجلسات والزمن اللازم لكل جلسة.

وبعد ذلك أجريت التعديلات المقترحة من قبل اللجنة والتي تلخصت فيما يلي:

- إعادة صياغة بعض الفقرات في الإطار النظري.
- إعادة صياغة بعض الأهداف السلوكية لبعض الجلسات التدريبية.
- تغيير بعض الوسائل المستخدمة في الجلسات.

٣-١١- إجراءات التطبيق الميداني:

لضمان تطبيق متقن للدراسة، اتبعت الباحثة الخطوات الآتية:

١. الحصول على الموافقة اللازمة للتطبيق الميداني على عينة الدراسة من الجهات المختصة(كلية التربية في جامعة دمشق).

٢. القيام بمقابلة الإدارة المختصَّة بالبرامج التَّدريبية في المنظمة، بغرض تعريفها بأهمية الدراسة وأهدافها، وطبيعة البرنامج المستخدم، للاتفاق على الخطوات اللازم اتباعها لتطبيق الأدوات، وقد أبدت الإدارة تعاوناً وتجاوباً أثناء التطبيق.

٣. مقابلة الأهل بغرض تعريفهم بالبرنامج وأهدافه وطبيعة الأدوات المستخدمة وفترة التَّطبيق، وكذلك أبدى جميع الأهل تعاوناً وتجاوباً.

٤. التطبيق القبلي لأدوات الدراسة (مقياس تقدير التواصل اللفظي، مقياس تقدير التفاعل الاجتماعي) على أفراد عينة الدراسة.

٥. التَّهيئة لعملية تطبيق البرنامج، بإدراج الأطفال (أفراد العينة) في جلسات البرنامج العلاجي لتقويم الكلام واللغة، على برنامج عمل الباحثة، والتجهيز للجلسات والفنيات والوسائل التعليمية المتضمنة في البرنامج وفقاً للنموذج المقترح.

٦. القيام بتطبيق البرنامج على أفراد العينة.

٧. التطبيق البعدي لأدوات الدراسة على أفراد العينة.

٨. تصحيح الإجابات على المقاييس وتفريغ البيانات تمهيداً لمعالجتها وفق الأساليب الاحصائية المناسبة.

رابعاً - الأساليب الاحصائية المستخدمة:

استخدمت الباحثة البرنامج الاحصائي (Spss) لمعالجة بيانات الدراسة والقوانين هي:

١. الوسط الحسابي للمقارنة بين المتوسطات.

٢. الانحراف المعياري.

٣. اختبار(T-Test) لعينتين مستقلتين لتحديد القوة التمييزية للاختبار.

٤. معامل الارتباط بيرسون لحساب الارتباط بين القياسات بغية التحقق من الثبات.

٥. اختبار ويلكوكسن(Wilcoxon) وهو بديل لا معلمي لاختبار (Paired Samples Statistics) لحساب الفروق بين المتوسطات.

٦. اختبار تحليل التباين (Anova) لحساب حجم الأثر.

الفصل الخامس

تحليل النتائج ومناقشة الفرضيات

- مقدمة
- تحليل نتائج الفرضيات ومناقشتها
- مقترحات الدراسة

الفصل الخامس

نتائج الدراسة (تحليلها ومناقشتها)

المقدّمـــــــة

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على أثر العلاج النفسي الحركي في تحسين مهارات التواصل اللفظي والتفاعل الاجتماعي لدى عينة من الأطفال ذوي اضطراب التوحد، ولتحقيق هذا الهدف قامت الباحثة بإعداد برنامج علاجي قائم على فنيات العلاج النفسي الحركي، كما قامت بتصميم مقياس لتقدير التواصل اللفظي، وأجرت التطبيق الميداني لأدوات الدراسة في العام الدراسي ٢٠١٥/٢٠١٦، وبعد الانتهاء من التطبيق، جُمعت النتائج وعولجت إحصائياً لقياس فعالية العلاج النفسي الحركي في تحسين التواصل اللفظي والتفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

وعلى ذلك سيتضمن الفصل الحالي عرضاً لنتائج الدراسة، بالتحقق من صحة الفروض المتعلقة بها، وتفسير النتائج في ضوء الدراسات السابقة التي اتفقت أو اختلفت مع نتائج الدراسة الحالية، وفي نهاية الفصل ستقدم الباحثة مجموعة من المقترحات بناءً على النتائج التي تم التوصل إليها:

أولاً- تحليل نتائج الفرضيات ومناقشتها

ـ الفرضية الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة في القياس القبلي ومتوسطات درجاتهم في القياس البعدي على مقياس تقدير التواصل اللفظي.

للتحقق من صحة هذه الفرضية، تمَّ استخدام اختبار "ويلكوكسون" لإشارات الرتب "Wilcoxon Signed Ranks Test" للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد

العينة في القياسين القبلي والبعدي، على مقياس تقدير التواصل اللفظي، والوقوف على دلالة ما قد يطرأ على تواصلهم اللفظي من تغيُّر، كما تعكسه درجاتهم على مقياس تقدير التواصل اللفظي، ويلخص الجدول الآتي هذه النتائج:

جدول(١١)

نتائج اختبار "ويلكوكسون" لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي لأداء أفراد عينة الدراسة على مقياس تقدير التواصل اللفظي

القياس	الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	قيمة مستوى الدلالة	الدلالة
القبلي والبعدي	السالبة	٠،٠٠	٠،٠٠	–٢،٢٠٧	٠،٠٢٧	دالة إحصائياً
	الموجبة	٣،٥٠	٢١،٠٠			

يوضح الجدول (١١) من خلال القيمة الإحصائية لاختبار (Z) التي بلغت (–٢،٢٠٧)، وبمستوى دلالة (٠،٠٢٧)، وهي أصغر مستوى الدلالة الافتراضي (٠،٠٥)، أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة في القياس القبلي ومتوسطات درجاتهم في القياس البعدي على مقياس تقدير التواصل اللفظي، ويستدلّ من هذه النتيجة إلى أن البرنامج العلاجي الذي تم تطبيقه على أفراد العينة التجريبية ساهم في تحسين تواصلهم اللفظي.

كما تم استخدام اختبار تحليل التباين "One-Way Anova" للكشف عن مدى أثر البرنامج العلاجي في تحسين التواصل اللفظي لدى أفراد العينة، من خلال ما تعكسه دلالة تباين الفروق بين متوسطات درجاتهم على مقياس تقدير التواصل اللفظي، في القياس (القبلي، والبعدي، والتتبعي)، ويلخص الجدول الآتي هذه النتائج:

جدول(١٢)

نتائج اختبار "Anova" لتحليل تباين الفروق بين درجات أفراد العينة في الاختبار القبلي والبعدي والتتبعي(المؤجل) على مقياس تقدير التواصل اللفظي

	مجموع المربعات	د.ح	متوسط المربعات	قيمة F	قيمة sig	الدلالة
بين المجموعات	٥٣٧٩،١١١	٢	٢٦٨٩،٥٥٦	٤٤،١٣٩	٠،٠٠٠	دال إحصائياً
داخل المجموعات	٩١٤،٠٠	١٥	٦،٩٣٣			
المجموع	٦٢٩٣،١١١	١٧				

يوضح الجدول (١٢) من خلال القيمة الإحصائية لاختبار (F) التي بلغت (٤٤،١٣٩)، وبمستوى دلالة (٠،٠٠٠)، وهو أصغر من مستوى الدلالة الافتراضي (٠،٠٥)، أنه توجد فروق ذو دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة في القياس القبلي والبعدي والتتبعي على مقياس تقدير التواصل اللفظي، مما يدل على وجود أثر للبرنامج العلاجي في تحسين التواصل اللفظي لدى أفراد عينة الدراسة.

ولبيان حجم الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة في القياس القبلي والبعدي والتتبعي على مقياس تقدير التواصل اللفظي، قامت الباحثة باستخدام اختبار "Scheffe" لتحليل حجم الفروق بين المتوسطات، ويلخص الجدول الآتي هذه النتائج:

جدول(١٣)

نتائج اختبار"Scheffe" لبيان حجم الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة في القياس القبلي والبعدي والتتبعي على مقياس تقدير التواصل اللفظي

الاختبار		فرق المتوسطات	الخطأ المعياري	مستوى الدلالة	الدلالة
قبلي	بعدي	-٣٧،٠٠٠*	٤،٥٠٦	٠،٠٠٠	دال
	تتبعي	-٣٦،٣٣٣*	٤،٥٠٦	٠،٠٠٠	دال
بعدي	قبلي	٣٧،٠٠٠*	٤،٥٠٦	٠،٠٠٠	دال

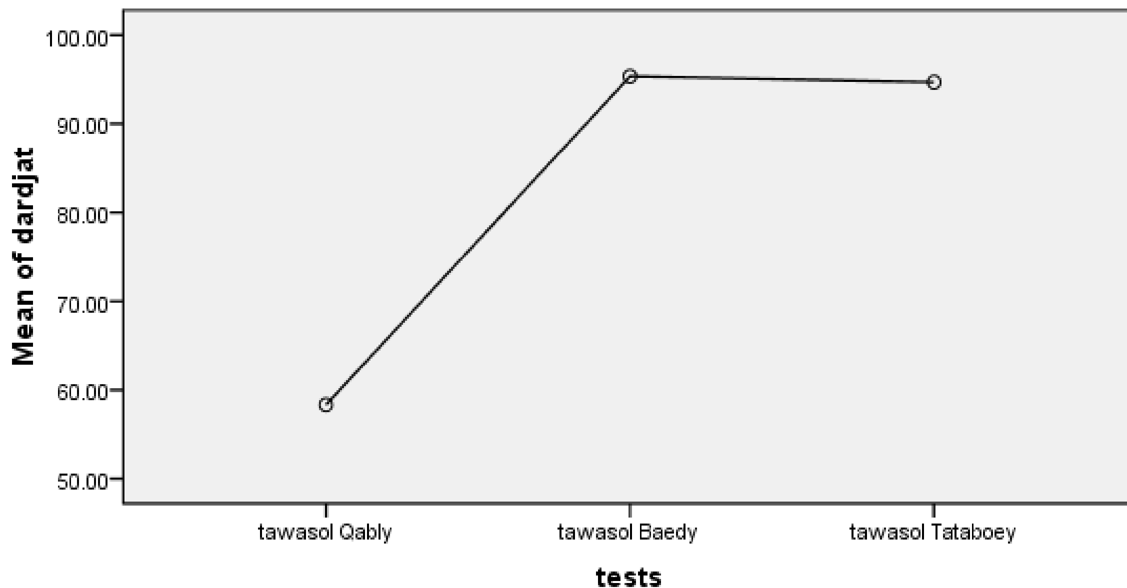
	تتبعي	٠،٦٦٦*	٤،٥٠٦	٠،٩٨٩	غير دال
تتبعي	قبلي	٣٦،٣٣٣*	٤،٥٠٦	٠،٠٠٠	دال
	بعدي	-٠،٦٦٦*	٤،٥٠٦	٠،٩٨٩	غير دال

(*) دال عند مستوى دلالة (٠،٠٥)

يوضح الجدول (١٣) من خلال مقارنة مستوى الدلالة لفرق المتوسطات بين القياسين (القبلي والبعدي) و(القبلي والتتبعي) الذي بلغ (٠،٠٠٠)، وهو أصغر من مستوى الدلالة الافتراضي(٠،٠٥)، وبالتالي دال إحصائياً، أنه توجد فروق في مستوى التواصل اللفظي لدى الأطفال أفراد العينة، لصالح القياسين البعدي والتتبعي، وهذه الفروق تعزى إلى أثر البرنامج العلاجي. بينما أشارت النتائج في الجدول (١٣)، بمقارنة مستوى الدلالة لفرق المتوسطات بين القياسين (البعدي والتتبعي) الذي بلغ (٠،٩٨٩)، وهو أكبر من مستوى الدلالة الافتراضي (٠،٠٥)، وبالتالي غير دال إحصائياً، إلى أن حجم أثر البرنامج لم يتغير في الفترة ما بين التطبيقين البعدي والتتبعي لمقياس تقدير التواصل اللفظي لدى أفراد العينة.

مخطط (١)

المخطط البياني لحجم الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة في القياس القبلي والبعدي والتتبعي على مقياس تقدير التواصل اللفظي



وقامت الباحثة بحساب مقدار حجم أثر البرنامج في تحسين التواصل اللفظي لدى أفراد العينة باستخدام قانون حجم الأثر:

Effect size = (M post-M pre) / SD pre

حيث:

M post = متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس تقدير التواصل اللفظي بعد تطبيق البرنامج العلاجي (الاختبار البعدي).

M pre = متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس تقدير التواصل اللفظي قبل تطبيق البرنامج العلاجي (الاختبار القبلي).

SD pre = الانحراف المعياري لدرجات أفراد عينة الدراسة على مقياس تقدير التواصل اللفظي قبل تطبيق البرنامج العلاجي (انحراف الاختبار القبلي).

وتم استخدام معايير كوهين (Cohen) للدلالة على مقدار حجم التأثير، وهي كالتالي:

أقل من ٤١،٠ = حجم تأثير صغير

من ٠،٤١ – ٠،٧٠ = حجم تأثير متوسط

أكبر من ٠،٧٠ = حجم تأثير كبير

وكانت النتائج كما في الجدول الآتي:

جدول(١٤)

نتائج قانون حجم الأثر لبيان مقدار حجم أثر البرنامج العلاجي في تحسين التواصل اللفظي لدى أفراد عينة الدراسة

	ن	م	ع	ح	حجم الأثر
الاختبار القبلي	٦	٥٨،٣٣٣	٧،٩٤١	٤،٦٥٩	كبير
الاختبار البعدي	٦	٩٥،٣٣٣	٨،١١٥		

يوضح الجدول (١٤) من خلال مقارنة قيمة (ح) التي بلغت (٤،٦٥٩) بقيم معايير كوهين أن البرنامج العلاجي له أثر كبير في تحسين التواصل اللفظي لدى أفراد عينة الدراسة.

المناقشة والتفسير:

أكدت نتائج التحليل الإحصائي للفرضية الأولى وجود نتيج إيجابية لاستخدام العلاج النفسي الحركي في تنمية التواصل اللفظي لدى أطفال التوحد، حيث ظهر تحسن واضح في مستوى التواصل اللفظي لدى أفراد عينة الدراسة، حيث ميَّزوا المفاهيم التي تمَّ استهدافها في البرنامج، وتمكنوا من إنتاج هذه المفاهيم عن طريق التقليد المباشر أولاً، ومن ثم إنتاجها إنتاجاً عفوياً، كما أنهم تمكنوا من مهارة التركيب من خلال تركيب هذه المفاهيم ضمن جمل من كلمتين أو ثلاث كلمات.

يمكن أن تعزى هذه النتيجة إلى أن العلاج النفسي الحركي من خلال فنياته (اللعب – الموسيقا) التي تم اعتمادها في الدراسة الحالية ساعد الأطفال ذوي اضراب التوحد من أفراد العينة على التعلم واكتساب مهارات التواصل اللفظي في بيئة مليئة بالحركة أتاحت لهم الفرصة لتفريغ ما لديهم من طاقة من جهة، ومن جهة أخرى ساعدهم على ربط ما تعلمه الطفل بحركات ساعدت على سهولة استرجاع المفاهيم المستهدفة وبالتالي تمييزها من بين عدة مفاهيم أخرى. وإذا دلَّنا هذا على شيء فهو يدل على فاعلية العلاج النفسي الحركي في تنشيط القدرات الذهنية المعرفية لدى أطفال التوحد، وهذا يتفق مع مع ما ورد الأبحاث والمرجعيات التي تم الرجوع إليها في الجانب النظري من الدراسة، وهو تنشيط الممرات العصبية الخاملة في الدماغ، أو تشكيل ممرات جديدة من خلال الحركة من جهة، وتفعيل وظيفة الجانب الأيمن من الدماغ من خلال الموسيقا من جهة أخرى. أما مهارة التقليد اللفظي التي اكتسبها الأطفال خلال جلسات البرنامج العلاج النفسي الحركي فهي تعتبر من أهم المراحل في اكتساب ونمو اللغة اللفظية، فالطفل البشري يبدأ اكتساب اللغة بتقليد الأصوات الكلامية التي يسمعها ومن ثم المقاطع فالكلمات، وكذلك تسهيل ربط هذه المفاهيم وتركيبها ضمن جمل مكونة من كلمتين أو ثلاث كلمات. واستهداف البرنامج الذي تم تطبيقه في الدراسة الحالية لهذه المهارات ساعد أطفال التوحد على تحسين تواصلهم اللفظي من خلال البدء بمراحل النمو الطبيعي للغة اللفظية وهي التمييز (الاستيعاب)، والتقليد، ثم الإنتاج العفوي والتركيب. كما يمكن عزو هذه النتيجة إلى دور العلاج النفسي الحركي في تحفيز وتشجيع الطفل وزيادة قدرته على الاستمرارية خلال الجلسات العلاجية بتركيز وانتباه جيدين بما يساعد على تحقيق أهداف الجلسة، فطفل التوحد

أثناء الأنشطة الحركية يزيد إحساسه بجسده وبالتالي تزداد ثقته بنفسه وكل ذلك يؤدي إلى زيادة قدرة الطفل على التفاعل بتركيز وانتباه لفترة أطول من الزمن.

تؤكد هذه النتيجة أن الأطفال ذوي اضطراب التوحّد يظهرون تحسُّنا ملحوظا في مهارات التواصل اللفظي، لكنهم يحتاجون إلى برامج علاجيَّة خاصَّة قائمة على أسس ومبادئ علميَّة سليمة، تراعي خصائصهم وقدراتهم، وتستخدم فنيَّات تلائم حاجاتهم، وتقدِّم لهم المحفزات اللَّازمة ليتم اكتساب تلك المهارات، وهذا ما تمّ مراعاته عند بناء برنامج العلاج النفسي الحركي الذي تم تطبيقه على أفراد عينة الدراسة.

اتفقت الدراسة الحالية في نتائج هذه الفرضية مع نتائج العديد من الدراسات السابقة، في أن استخدام البرامج التدريبية والعلاجية يمكن أن تساعد على تحسين التواصل اللفظي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، على الرغم من اختلاف البرامج التي تم اعتمادها في كل دراسة، ومن هذه الدراسات، دراسة نصر عام (٢٠٠١)، ودراسة "Kok" وآخرون عام (٢٠٠٢)، ودراسة"Suzan Danger" عام (٢٠٠٣)، ودراسة صادق؛ والخميسي عام (٢٠٠٤)، ودراسة الحساني، ودراسة عبد المنعم عام (٢٠٠٥)، ودراسة "Jennefer Havlat" عام (٢٠٠٦)، ودراسة محمد؛ وعزت عام (٢٠٠٨)، ودراسة الخيران عام (٢٠١١) وغيرها. كما اتفقت الدراسة الحالية في هذه النتيجة مع بعض الدراسات من حيث فاعلية استخدام العلاج النفسي الحركي مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد في تطوير قدراتهم عموماً، وتحسين تواصلهم اللغوي خصوصاً، ومنها، دراسة "Jeong" عام (٢٠١١)، ودراسة "Sandra Costa" وآخرون عام (٢٠١٣).

ـ الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة في القياس القبلي ومتوسطات درجاتهم في القياس البعدي على مقياس تقدير التفاعل الاجتماعي.

للتحقق من صحة هذه الفرضية، تمَّ استخدام اختبار "ويلكوكسون" لإشارات الرتب "Wilcoxon Signed Ranks Test" للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة في القياسين القبلي والبعدي، على مقياس تقدير التفاعل الاجتماعي، والوقوف على دلالة ما قد يطرأ على تفاعلهم الاجتماعي من تغيُّر، كما تعكسه درجاتهم على مقياس تقدير التفاعل الاجتماعي، ويلخِّص الجدول الآتي هذه النتائج:

جدول(١٥)

نتائج اختبار "ويلكوكسون" لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي لأداء أفراد عينة الدراسة على مقياس تقدير التفاعل الاجتماعي

القياس	الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	قيمة مستوى الدلالة	الدلالة
القبلي والبعدي	السالبة	٠،٠٠	٠،٠٠	-٢،٢٠٧	٠،٠٢٧	دالة إحصائياً
	الموجبة	٣،٥٠	٢١،٠٠			

يوضح الجدول (١٥) من خلال القيمة الإحصائية لاختبار (Z) التي بلغت (-٢،٢٠٧)، وبمستوى دلالة (٠،٠٢٧)، وهي أصغر من مستوى الدلالة الافتراضي (٠،٠٥)، أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة في القياس القبلي ومتوسطات درجاتهم في القياس البعدي على مقياس تقدير التفاعل الاجتماعي، ويستدلّ من هذه النتيجة أن البرنامج العلاجي الذي تم تطبيقه على أفراد عينة الدراسة ساهم في تحسين تفاعلهم الاجتماعي.

وتم استخدام اختبار تحليل التباين "One-Way Anova"، للكشف عن مدى أثر البرنامج العلاجي في تحسين التفاعل الاجتماعي لدى أفراد العينة، من خلال ما تعكسه دلالة الفروق بين متوسطات درجاتهم على مقياس تقدير التفاعل الاجتماعي، في القياس (القبلي، والبعدي، والتتبعي)، ويلخص الجدول الآتي هذه النتائج:

جدول(١٦)

نتائج اختبار "Anova" لتحليل تباين الفروق بين درجات أفراد العينة في الاختبار القبلي والبعدي والتتبعي(المؤجل) على مقياس تقدري التفاعل الاجتماعي

	مجموع المربعات	د.ح	متوسط المربعات	قيمة F	قيمة مستوى الدلالة	الدلالة
بين المجموعات	١٩٣٦،٣٣٣	٢	٩٦٨،١٦٧	٩،٨٥١	٠،٠٠٢	دال

داخل المجموعات	١٤٧٤،١٦٧	١٥	٩٨،٢٧٨			إحصائياً
المجموع	٣٤١٠،٥٠٠	١٧				

يوضح الجدول (١٦) من خلال القيمة الإحصائية لاختبار (F) التي بلغت (٩،٨٥١)، وبمستوى دلالة (٠،٠٠٢)، وهو أصغر من مستوى الدلالة الافتراضي (٠،٠٥)، أنه توجد فروق ذو دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة في القياس القبلي والبعدي والتتبعي على مقياس تقدير التفاعل الاجتماعي، مما يدل على وجود أثر للبرنامج العلاجي في تحسين التفاعل الاجتماعي لدى أفراد عينة الدراسة.

ولبيان حجم الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة في القياس القبلي والبعدي والتتبعي على مقياس تقدير التفاعل الاجتماعي، قامت الباحثة باستخدام اختبار "Scheffe" لتحليل حجم الفروق بين المتوسطات، ويلخص الجدول الآتي هذه النتائج:

جدول(١٧)

نتائج اختبار"Scheffe" لبيان حجم الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة في القياس القبلي والبعدي والتتبعي على مقياس تقدير التفاعل الاجتماعي

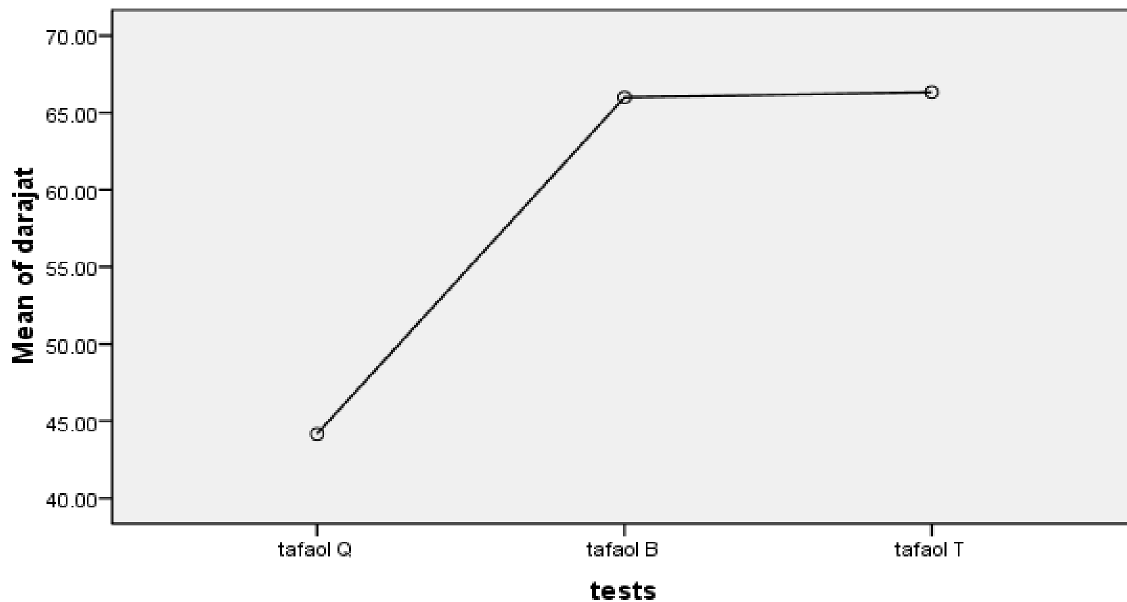
القياس		فرق المتوسطات	الخطأ المعياري	مستوى الدلالة	الدلالة
قبلي	بعدي	-٢١،٨٣٣*	٥،٧٢٣٥	٠،٠٠٦	دال
	تتبعي	-٢٢،١٦٦*	٥،٧٢٣٥	٠،٠٠٦	دال
بعدي	قبلي	٢١،٨٣٣*	٥،٧٢٣٥	٠،٠٠٦	دال
	تتبعي	-٠،٣٣٣*	٥،٧٢٣٥	٠،٩٩٨	غير دال
تتبعي	قبلي	٢٢،١٦٦*	٥،٧٢٣٥	٠،٠٠٦	دال
	بعدي	٠،٣٣٣*	٥،٧٢٣٥	٠،٩٩٨	غير دال

(*) دال عند مستوى دلالة (٠،٠٥)

يوضح الجدول(١٧) من خلال مقارنة مستوى الدلالة لفرق المتوسطات بين القياسين (القبلي والبعدي) و(القبلي والتتبعي) الذي بلغ (٠،٠٠٦)، وهو أصغر من مستوى الدلالة الافتراضي (٠،٠٥)، وبالتالي دال إحصائياً، أنه توجد فروق في مستوى التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال أفراد العينة، لصالح القياسين البعدي والتتبعي، وهذه الفروق تعزى إلى أثر البرنامج العلاجي. بينما أشارت النتائج في الجدول (١٧)، بمقارنة مستوى الدلالة لفرق المتوسطات بين القياسين (البعدي والتتبعي) الذي بلغ (٠،٩٩٨)، وهو أكبر من مستوى الدلالة الافتراضي (٠،٠٥)، وبالتالي غير دال إحصائياً، إلى أن حجم أثر البرنامج لم يتغير في الفترة ما بين التطبيقين البعدي والتتبعي لمقياس تقدير التفاعل الاجتماعي لدى أفراد العينة.

مخطط (٢)

المخطط البياني لحجم الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة في القياس القبلي والبعدي والتتبعي على مقياس تقدير التفاعل الاجتماعي



وقامت الباحثة بحساب مقدار حجم أثر البرنامج في تحسين التفاعل الاجتماعي لدى أفراد العينة باستخدام قانون حجم الأثر:

Effect size = (M post-M pre) / SD pre

وكانت النتائج كما في الجدول الآتي:

جدول(١٨)

نتائج قانون حجم الأثر لبيان مقدار حجم أثر البرنامج العلاجي في تحسين التفاعل الاجتماعي لدى أفراد عينة الدراسة

	ن	م	ع	ح	حجم الأثر
الاختبار القبلي	٦	٤٤،١٦٦	١٠،٦٨٤	٢،٠٤٣	كبير
الاختبار البعدي	٦	٦٦،٠٠٠	٩،٢٣٠		

يوضح الجدول(١٨) من خلال مقارنة قيمة (ح) التي بلغت (٢،٠٤٣) بقيم معايير كوهين أن البرنامج العلاجي له أثر كبير في تحسين التفاعل الاجتماعي لدى أفراد عينة الدراسة.

المناقشة والتفسير:

تبيَّن من نتائج التحليل الإحصائي وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة في القياس القبلي ومتوسطات درجاتهم في القياس البعدي على مقياس تقدير التفاعل الاجتماعي، وذلك لصالح القياس البعدي. ونستنتج من هذه النتائج أن تأثير التدخل من خلال برامج علاجية لتحسين التواصل اللفظي يمتد لتحسين التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

رافق التَّطور في مهارات التواصل اللفظي تطوُّراً ملحوظاً في التَّفاعل الاجتماعي لدى أفراد عينة الدراسة، وهذا يدعم ما توصلت إليه دراسة رائد ذيب عام (٢٠٠٤)، ودراسة أيمن الخيران (٢٠١١)، في أن تحسُّن التواصل اللفظي لدى أطفال التوحّد يؤدِّي إلى تحسين تفاعلهم الاجتماعي. أي أن التحسُّن الذي قد يحدث في أحدهما سيحدث في الآخر، وهو ما تمَّت ملاحظته في الدراسة الحالية.

وترجع الباحثة السبب في ذلك أولاً، إلى أن جلسات البرنامج العلاجي الذي تم تطبيقه بهدف تحسين التواصل اللفظي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد من أفراد العينة، منحت الأطفال فرصة الاحتكاك بالأشخاص ضمن بيئة حركية أخرجت الطفل من الطريقة الروتينية التي تلزمه بالجلوس خلف الطاولة للعمل معه على تحقيق أي هدف تعليمي، فكانت الحركة

تعزّز الطفل وتشجّعه على تحقيق الهدف اللّغوي المستهدف في كل جلسة، وبالتالي تزيد من رغبته في التفاعل مع المعالج. كما ترجع الباحثة هذا التحسُّن في التفاعل الاجتماعي إلى أن اكتساب الطفل للمفاهيم اللغوية التي تم استهدافها في البرنامج، ومن ثم قدرته على توظيف هذه المفاهيم ضمن جملة لطلب حاجاته، زادت من قدرته على التفاعل مع الكبار المحيطين به، حيث زادت قدرته على التعبير عن احتياجاته، وطلبها من خلال استخدام اللغة اللفظية، بدلاً من محاولته الحصول عليها باستخدام السلوك القيادي، أو الإشارة إليها، أو الحصول عليها بنفسه، أو عدم الحصول عليها نهائياً. وكذلك إلى زيادة قدرته على تعميم خبرات التفاعل في بعض المواقف الاجتماعية التي تكررت خلال فترة تطبيق البرنامج العلاجي باستخدام اللغة اللفظية، مثل (التعبير عن الوداع، الرد على التحية، التعبير عن الرفض والقبول)، وأيضاً زيادة إدراكه لذاته، بالإشارة إلى نفسه للإجابة عن بعض الأسئلة التي كانت الباحثة تستقصد خلقها وتكرارها في كل جلسة، مثل (مين شاطر؟، مين بطل؟ مين بدو ياكل بطاطا؟ ....) فيجيب الطفل عليها بالإشارة إلى نفسه، وقول كلمة (أنا). كل هذا يؤكد أهمية التواصل اللفظي ودوره الفعَّال في تحسين التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد من جهة، ويؤكد من جهة اخرى فعالية البرنامج العلاجي في تحسين التفاعل الاجتماعي.

كما اتَّفقت الدراسة الحالية في هذه النتيجة مع نتائج بعض الدراسات السابقة التي استهدفت تنمية التفاعل الاجتماعي لدى أطفال التوحد، مثل دراسة عادل محمد وإيهاب عبد العظيم (٢٠٠٧)، التي استخدم فيها برنامج قائم على العلاج بالموسيقى لتنمية المهارات الاجتماعية لعينة من الأطفال ذوي اضطراب التوحد، ودراسة مجدي غزال، ودراسة يزيد الغصاونة عام (٢٠٠٧)، التي استهدفت كل منها دراسة أثر برامج تدريبية في تحسين التفاعل الاجتماعي لدى أطفال التوحد.

بينت الإجراءات الإحصائية في تحليل الفرضيتين الأولى والثانية حجم أثر البرنامج من الناحية الكمية، أما من الناحية الكيفية، فقد استنتجت الباحثة هذا الأثر من خلال المناقشة والحوار مع أهالي الأطفال (أفراد العينة)، ومع معلميهم، حول ما طرأ من تغيُّر على لغة وسلوك الأطفال بعد تطبيق البرنامج العلاجي، وخلصت الباحثة من خلال آرائهم إلى النتائج الكيفية التالية:

١. زيادة عدد المفردات لدى الأطفال.
٢. زيادة معدّل طول التفوّه لدى الأطفال.
٣. زيادة نسبة المفهومية "Intelligibility" في كلام الأطفال.
٤. زيادة قدرة الأطفال على الاستخدام الوظيفي للُّغة، على سبيل المثال، مبادرة الطفل بطلب بعض حاجاته _غير المتضمنة في أهداف البرنامج _ باستخدام اللغة اللفظية (ولأول مرة)، بطريقة الطَّلب التي اكتسبها من أهداف البرنامج.
٥. تحسُّن نطق الأطفال لبعض الأصوات الكلامية.
٦. زيادة قدرة الأطفال على التعبير في بعض المواقف الاجتماعية.

ـ الفرضية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة في القياس البعدي ومتوسطات درجاتهم في قياس المتابعة على مقياس تقدير التواصل اللفظي.

للتحقق من صحة هذه الفرضية، تمَّ استخدام اختبار "ويلكوكسون" لإشارات الرتب "Wilcoxon Signed Ranks Test" للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة في القياسين البعدي والتتبعي، على مقياس تقدير التواصل اللفظي، والوقوف على دلالة ما قد يطرأ على تواصلهم اللفظي من تغير، بعد (٥) أسابيع تقريباً، من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي، كما تعكسه درجاتهم على مقياس تقدير التواصل اللفظي، ويلخص الجدول الآتي هذه النتائج:

جدول(١٩)

نتائج اختبار "ويلكوكسون" لدلالة الفروق بين القياسين البعدي والمؤجل لأداء أفراد عينة الدراسة على مقياس تقدير التواصل اللفظي

القياس	الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	قيمة مستوى الدلالة	الدلالة
البعدي والتتبعي	السالبة	٣،٧٥	١٥،٠٠	-٠،٩٧٣	٠،٣٣٠	غير دالة إحصائياً
	الموجبة	٣،٠٠	٦،٠٠			

يوضح الجدول(١٩) من خلال القيمة الإحصائية لاختبار (Z) التي بلغت (-٠،٩٧٣)، وبمستوى دلالة (٠،٠٣٣٠)، وهو أكبر من مستوى الدلالة الافتراضي (٠،٠٥)، أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة في القياس البعدي ومتوسطات درجاتهم في قياس المتابعة على مقياس تقدير التواصل اللفظي، ويستدل من هذه النتيجة أنه لم يفقد أفراد العينة التحسُّن في مهارات التواصل اللفظي، بعد شهر ونصف تقريباً من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي.

ـ الفرضية الرابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة في القياس البعدي ومتوسطات درجاتهم في قياس المتابعة على مقياس تقدير التفاعل الاجتماعي.

للتحقق من صحة هذه الفرضية، تمَّ استخدام اختبار "ويلكوكسون" لإشارات الرتب "Wilcoxon Signed Ranks Test" للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة في القياسين البعدي والتتبعي، على مقياس تقدير التفاعل الاجتماعي، والوقوف على دلالة ما قد يطرأ على تفاعلهم الاجتماعي من تغيّر، بعد فترة (٥) أسابيع تقريباً، من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي، كما تعكسه درجاتهم على مقياس تقدير التفاعل الاجتماعي، ويلخص الجدول الآتي هذه النتائج:

جدول(٢٠)

نتائج اختبار "ويلكوكسون" لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي لأداء أفراد عينة الدراسة على مقياس تقدير التفاعل الاجتماعي

القياس	الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	قيمة مستوى الدلالة	الدلالة
البعدي والتتبعي	السالبة	٣،٠٠	٦،٠٠	-٠،٤٤٧	٠،٦٥٥	غير دالة إحصائياً
	الموجبة	٣،٠٠	٩،٠٠			

يوضح الجدول(٢٠) من خلال القيمة الإحصائية لاختبار (Z) التي بلغت (-٠،٤٤٧)، وبمستوى دلالة (٠،٦٥٥)، وهو أكبر من مستوى الدلالة الافتراضي (٠،٠٥)، أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة في القياس البعدي ومتوسطات درجاتهم في

قياس المتابعة على مقياس تقدير التفاعل الاجتماعي، ويستدل من هذه النتيجة أنه لم يفقد أفراد العينة التحسُّن في مهارات التفاعل الاجتماعي، بعد شهر ونصف تقريباً من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي.

مناقشة وتفسير نتائج الفرضيتين الثالثة والرابعة:

تبين من نتائج التحليل الإحصائي عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة في القياس البعدي ومتوسطات درجاتهم في قياس المتابعة، على مقياس تقدير التواصل اللفظي، ومقياس تقدير التفاعل الاجتماعي.

ويعزى سبب استمرارية فاعلية البرنامج حسب رأي الباحثة، إلى دقة خطوات تطبيق البرنامج، وفاعلية فنيات العلاج النفسي الحركي (اللعب، الموسيقى، الحركة)، التي تفاعل معها الأطفال خلال الجلسات العلاجية، وساعدت في تحقيق أهداف الجلسات بنسبة دقّة عالية، وبالتالي أكَّد آراء العديد من العلماء والباحثين في الجانب النظري في أهميّة العلاج النفسي الحركي في علاج المرضى الذين يعانون من اضطرابات ذات منشأ عصبي أو نفسي، ومنهم الأطفال ذوي اضطراب التوحد، حيث كانت الفكرة الرئيسية وراء العلاج النفسي الحركي التفاعل بين النشاط الحركي والعقل، وأن العلاج النفسي الحركي يستند على منظور بيولوجي نفسي اجتماعي شامل، ويعتبر كل من (الحركة، والخبرة الجسدية) عاملان رئيسيان للتأثير على مظاهر السلوك، حيث يحدث تكامل في الإدراك، والمشاعر، والسلوك من خلال الخبرات الحركية.

وكذلك تعود استمرارية فاعلية البرنامج إلى حرص الباحثة أثناء تطبيق البرنامج على ضرورة تعاون الأهل، من خلال التأكيد على ضرورة نقل الخبرة التي يكتسبها الطفل خلال الجلسة إلى البيئات المختلفة، وإرشادهم إلى كيفيَّة العمل مع الطفل للإحتفاظ بالخبرة التي أكتسبها في الجلسات، واستخدامها بشكل وظيفي في المواقف الاجتماعية المختلفة خارج إطار الجلسات العلاجية، فالمعروف عن طفل التوحد مثلاً، أنه عندما يدخل إلى السوبر ماركت ليشتري ما يحب، فإنه يأخذ الشيء الذي يرغبه بنفسه دون أن يطلبه، وهنا يأتي دور الأهل في

أن لا يسمحوا له بالحصول على ما يريده، إلا بعد أن يطلبه بالطريقة التي اكتسبها خلال الجلسات العلاجية (بدي بسكوتة)، أو (بدي آكل بسكوتة)، أو عندما يطلب الطفل أن يشرب (الماء) على سبيل المثال، يجب أن لا يقبل منه الطلب بالإشارة، أو باستخدام السلوك القيادي، بل بالطريقة التي اكتسبها خلال الجلسات، أي أن يقول: (بدي أشرب مي). وبذلك فإن دور الأهل في (التعميم)، ساهم في استمرارية فاعلية البرنامج حتى بعد الإنتهاء من تطبيقه.

من خلال النتائج التي تم الوصول إليها ومناقشتها في هذا الفصل يمكن القول أن التدخل من خلال برامج علاجية لتحسين مهارات التواصل اللفظي والتفاعل الاجتماعي لدى أطفال التوحد ضرورة حتمية، تقع مسؤوليته على عاتق كل باحث أو متخصص في مجالات التربية الخاصة، وتقويم الكلام واللغة.

ثانياً- المقترحات

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج حول مدى فاعلية استخدام برنامج قائم على العلاج النفسي الحركي في تحسين مهارات التواصل اللفظي، وكذلك تحسين التفاعل الاجتماعي لدى عينة من الأطفال ذوي اضطراب التوحد، ومن خلال ما تم الاطلاع عليه من دراسات وأبحاث تتعلق بموضوع الدراسة، والطرائق المختلفة التي اعتمدتها هذه الدراسات في بناء البرامج المختلفة التي استهدفت تحسين التواصل اللفظي والتفاعل الاجتماعي لدى هذه الفئة من الأطفال، وبعد التعرف على احتياجاتهم وقدراتهم وخصائصهم، والتعامل مع أسرهم، توصلت الباحثة إلى مجموعة من المقترحات:

١. ضرورة إعداد البرامج العلاجية الخاصَّة بالأطفال ذوي اضطراب التوحد، بغية تحسين تواصلهم اللفظي، وتفاعلهم الاجتماعي.
٢. أن يتضمن برنامج تحسين التواصل اللفظي أنشطة تسهم في تحقيق النمو المتكامل لجميع جوانب شخصيَّة طفل التوحد جسمياً وعقلياً وانفعالياً واجتماعياً ونفسياً، وذلك في إطار ما تسمح به إمكانات كل الطفل.
٣. العمل على زيادة الوعي بأهمية العلاج النفسي الحركي، ودوره الفعال في علاج وتأهيل الأطفال ذوي اضطراب التوحد في المجالات المختلفة، وخاصة بين العاملين على رعاية

هؤلاء الأطفال، والمتخصِّصين في علاجهم وتأهيلهم (معلمي أطفال التوحد، اختصاصي التربية الخاصة، اختصاصيي تقويم الكلام واللغة).

٤. ضرورة إقامة علاقة وطيدة مع أسر الأطفال ذوي اضطراب التوحد، بغية التعرف على ظروفهم وأوضاعهم الاقتصادية والاجتماعية والصِّحية، ومشاركتهم ومساندتهم لتحمل أعباء إعاقة أطفالهم.

٥. ضرورة مشاركة كل أفراد الأسرة مشاركة إيجابية فعّالة في تطبيق برنامج تحسين التواصل اللفظي والتفاعل الاجتماعي لدى أطفال التوحد.

٦. ضرورة إعداد البرامج الإرشادية لأسر الأطفال ذوي اضطراب التوحد، لتوجيههم إلى كيفية التعامل مع أطفالهم.

٧. تدريب أطفال التوحد على التواصل اللفظي والتفاعل الاجتماعي في عمر مبكر، بغية الوصول بهم إلى إمكانية دمجهم بأقرانهم العاديين، وإلحاقهم بالمدارس العادية في المرحلة العمرية المناسبة.

٨. التقييم المستمر للبرامج المقدمة للأطفال ذوي اضطراب التوحد من قبل المتخصصين في مجال التربية الخاصة واضطرابات الكلام واللغة.

مراجع الدراسة

- المراجع العربية
- المراجع الأجنبية
- مواقع الإنترنيت

أولاً- المراجع العربية

- أبو حلاوة، محمد السعيد (١٩٩٧). **المرجع في اضطراب التوحد (التشخيص والعلاج).** كلية التربية بدمنهور. جامعة الإسكندرية.
- أبو دلهوم، جمال ابراهيم (٢٠٠٤). **فاعلية استخدام نظام التواصل بتبادل الصور في تنمية مهارات التواصل عند الأطفال التوحديين**، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الدراسات التربوية العليا، جامعة عمان العربية.
- إدريس، عيسى ياسين (٢٠٠٠). **اضطراب التواصل وعلاقته بمفهومي (الأنا) و(الآخر) لدى الأطفال المنغلقين**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة دمشق.
- باظة، آمال عبد السميع (٢٠٠٣). **اضطرابات التواصل وعلاجها**. القاهرة: مكتبة أنجلو المصرية.
- بن صديق، لينا عمر (٢٠٠٧). **فعالية برنامج مقترح لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد وأثر ذلك على سلوكهم الاجتماعي**، مجلة الطفولة العربية، الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية، المجلد (٩) – العدد (٣٣).
- بيومي، لمياء عبدالحميد (٢٠٠٨). **فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين**، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية بالعريش، جامعة قناة السويس.
- تركي، جمال (٢٠٠٤). **شبكة العلوم النفسية**. معجم المصطلحات النفسية. شبكة الإنترنيت.
- الجلبي، سوسن شاكر (٢٠٠٥). **التوحد الطفولي: أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه**. سورية: دمشق. مؤسسة علاءالدين للطباعة والتوزيع.
- الجابري، محمد (٢٠١٤). **التوجهات الحديثة في تشخيص اضطرابات طيف التوحد في المحكات التشخيصية الجديدة**. الملتقى الأول للتربية الخاصة، جامعة تبوك، المملكة العربية السعودية.
- الجمعية اللبنانية للأوتيزم–التوحد (٢٠٠٦). التأهيل الشامل للطفل المتوحد. لبنان: بيروت.
- حرب، سيليست (٢٠١٥). محاضرة بعنوان: **العلاج النفسي الحركي _ اضطرابات طيف**

التوحد. دورة تدريبية في العلاج النفسي الحركي. دمشق: المنظمة السورية للمعوقين (آمال).

- الحساني، سامر عبدالحميد (٢٠٠٥). **فاعلية برنامج تعليمي باللعب لتنمية الاتصال اللغوي لدى أطفال التوحد**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية.
- حسن، مرسيلينا شعبان (٢٠١٥). **التربية الحركية والعلاج النفس حركي كأساس في التأهيل النفسي**. شبكة العلوم النفسية العربية. http://arabpsynet.com/Documents/DocMarcelinaKineticEdu&Treatment.pdf
- خطاب، محمد أحمد (٢٠٠٥). **سيكولوجية الطفل التوحدي**. الأردن: عمان. دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- الخفش، سهام رياض (٢٠٠٧). **الأطفال التوحديون (دليل ارشادي للوالدين والمعلمين)**. عمان: دار يافا.
- الخيران، أيمن حامد (٢٠١١). **فعالية برنامج تدريبي لتنمية التواصل اللفظي وأثره في التفاعل الاجتماعي لدى عينة من الأطفال التوحديين**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة دمشق.
- الدوخي، منصور؛ الصقر، عبدالله (٢٠٠٤). **برامج نظرية وتطبيقية لاضطرابات اللغة عند الأطفال**. الكتاب الخامس، جامعة الأمير سلطان، مكتبة الملك فهد الوطنية.
- الراوي، فضيلة توفيق؛ حماد، آمال صالح (١٩٩٩) **التوحد.. الإعاقة الغامضة**. قطر: الدوحة.
- روشان، ليونيل (٢٠٠١). التفتح النفسي –الحركي للطفل. ترجمة: جورجيت الحداد. لبنان: بيروت. عويدات للنشر والطباعة.
- رياض، سعد (٢٠٠٨). **الطفل التوحدي: أسرار الطفل التوحدي وكيف نتعامل معه؟**. القاهرة: دار النشر للجامعات.
- الزريقات، ابراهيم (٢٠٠٤). **التوحد: الخصائص والعلاج**. الأردن: عمان. دار وائل للنشر والتوزيع.
- السعد، سميرة عبداللطيف (١٩٩٢). **مرض التوحد: أسبابه. صفاته. علاجه. أفضل طرق التعليم**. الكويت: منشورات ذات السلاسل.

- السعد، سميرة عبداللطيف (١٩٩٨). **معاناتي والتوحد**. الكويت: منشورات ذات السلاسل.
- السعدون، فهد بن حمد (٢٠١٣)، **دور البرامج التدريبية التخصصية في تحسين أداء العاملين في هيئة التحقق والإدعاء العام بمنطقة الرياض**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.
- سليمان، أحمد السيد (٢٠١٠). **تعديل سلوك الأطفال التوحديين .. النظرية والتطبيق**. الإمارات العربية المتحدة: العين. دار الكتاب الجامعي.
- سليمان، السيد عبدالحميد؛ محمد، عبدالله(٢٠٠٣). **الدليل العيادي التشخيصي للتوحديين**. القاهرة: دار الفكر العربي.
- سليمان، عبدالرحمن (٢٠٠١). **الذاتوية (إعاقة التوحد عند الأطفال)**. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- سليمان، منتصر صلاح عمر (٢٠٠٧). **فعالية التدريب على العزو السببي وما وراء الذاكرة وأثره في تحسين الدافعية الأكاديمية والكفاءة الذاتية والفهم القرائي لدى تلاميذ ذوي صعوبات التعلم**، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة أسيوط.
- الشامي، وفاء(أ) (٢٠٠٤). **خفايا التوحد .. أشكاله وأسبابه وتشخيصه**. الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية.
- الشامي، وفاء(ب) (٢٠٠٤). **سمات التوحد (تطورها وكيفية التعامل معها)**. الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية.
- الشامي، وفاء(ج) (٢٠٠٤). **علاج التوحد (الطرق التربوية والنفسية والطبية)**. الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية.
- شبلي، فادي رفيق (٢٠٠١). **إعاقة التوحد المعلوم المجهول**. القاهرة: مكتبة أنجلو المصرية.
- شبيب، عادل جاسم (٢٠٠٨). **ما الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الآباء**، رسالة ماجستير غير منشورة، الأكاديمية الافتراضية للتعليم المفتوح، بريطانيا.
- الشخص، عبدالعزيز؛ الدماطي، عبدالغفار (١٩٩٢). **قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين**. القاهرة: مكتبة أنجلو المصرية.

- الشيخ ذيب، رائد موسى علي (٢٠٠٤). **تصميم برنامج تدريبي لتطوير المهارات التواصلية والاجتماعية والاستقلالية الذاتية لدى الأطفال التوحديين وقياس فاعليته،** رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية.
- صادق، فاروق محمد (٢٠٠٤). **محاضرة عن التوحدية: التشخيص الفارق- تعدد صور التوحدية واحتياجاتها في رسم البرامج،** الندوة العلمية المتخصصة لتأهيل معلمي أطفال التوحد، الأردن: عمان.
- صادق، مصطفى أحمد؛ الخميسي، السيد سعد (٢٠٠٤). **دور أنشطة اللعب الجماعية في تنمية التواصل لدى الأطفال المصابين بالتوحد،** كلية المعلمين بمحافظة جدة، جامعة الملك عبد العزيز.
- الظاهر، قحطان أحمد (٢٠٠٩). **التوحد**. عمان: دار وائل.
- العاسمي، رياض نايل (٢٠١٢). **العلاج النفسي الحركي لذوي الاحتياجات الخاصة.** كلية التربية. جامعة دمشق.
- العاسمي، رياض نايل (٢٠١٤). **صورة الجسد: المنحى التكاملي للصحة والمرض.** عمان: دار الإعصار العلمي.
- عبدالله، خالد رشيد (٢٠٠٣). **فاعلية التصحيح الزائد والتعزيز التفاضلي في خفض السلوك النمطي والإيذاء الذاتي لدى عينة من الأطفال التوحديين،** رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الدراسات التربوية العليا، جامعة عمان العربية.
- عبدالله، محمد قاسم (٢٠٠١). **الطفل التوحدي أو الذاتوي .. الإنطواء حول الذات ومعالجته (اتجاهات حديثة).** الأردن: عمان. دار الفكر للطباعة والنشر.
- العثمان، ابراهيم بن عبدالله (بدون عام). **استراتيجيات التربية الخاصة والخدمات المساندة الموجهة للتلاميذ ذوي التوحد.** المملكة العربية السعودية: جامعة الملك سعود.
- عدس، عبدالرحمن؛ عبيدات، ذوقان؛ عبدالحق، كايد (٢٠٠٥). **البحث العلمي: مفهومه، أدواته، أساليبه.** ط٣، الرياض: دار أسامة للنشر والتوزيع.
- علي، دلشاد (٢٠١٣). **فاعلية برنامج تدريبي لتنمية السلوكات غير اللفظية لدى عينة من الأطفال التوحديين،** كلية التربية، جامعة دمشق.
- العلي، رسلان (٢٠٠٨). **متلازمة الصبغي (X) الهش،** رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الصيدلة، جامعة دمشق.

- العماوي، رامي خليل (٢٠٠٧). **فاعلية التعليم المنظم في برنامج تيتش لتنمية مهارات التواصل للمراهقين الذين يعانون من التوحد**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات التربوية العليا، جامعة عمان العربية.
- العماوي، رامي خليل(٢٠٠٧) **فاعلية التعليم المنظم في برنامج تيتش لتنمية مهارات التواصل للمراهقين الذين يعانون من التوحد**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات التربوية العليا، جامعة عمان العربية للدراسات العليا.
- عويجان، بشرى عصام (٢٠١٢). **فعالية برنامج تدريبي في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى الأطفال التوحديين**. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة دمشق.
- عويس، لينا (٢٠٠٦). **بناء وتقنين مقياس لتشخيص حالات التوحد في دول منطقة الخليج العربي**، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الدراسات العليا، جامعة عمان، الأردن.
- غزال، مجدي فتحي (٢٠٠٧). **فعالية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال التوحديين في مدينة عمان**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية.
- الغصاونة، يزيد عبد المهدي (٢٠٠٧). **بناء برنامج تدريبي قائم على النظرية السلوكية وقياس أثره في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذين يعانون من التوحد.** رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الدراسات العليا، جامعة عمان.
- الغصاونة، يزيد عبدالمهدي؛ الشرمان، وائل محمد (٢٠١٣). **بناء برنامج تدريبي قائم على طريقة ماكتون لتنمية التواصل غير اللفظي لدى الأطفال الوحديين**، كلية التربية، جامعة الطائف.
- لمفون، رفاه جمال يحيى (٢٠١١). **تنمية التواصل اللغوي عن طريق اللعب لعينة من المراهقين ذوي اضطراب التوحد**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة أم القرى.
- محمد، عادل عبدالله؛ عبدالعظيم، إيهاب حامد (٢٠٠٧). **فعالية العلاج بالموسيقى في تنمية المهارات الاجتماعية للأطفال التوحديين وأثره في تحسين قدرتهم على التواصل**، كلية

التربية، جامعة بنها.

- محمد، عادل عبدالله؛ عزت، إيهاب عاطف (٢٠٠٨). **فعالية العلاج بالموسيقى للأطفال التوحديين في تحسين مستوى نموهم اللغوي**، كلية التربية، جامعة الزقازيق.
- معلوف، لونا فيليب (٢٠٠٦). **فاعلية العلاج بالموسيقى في تحسين سلوك التواصل لدى الأطفال التوحديين**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية.
- المعهد الوطني للصحة النفسية بالولايات المتحدة الأمريكية (١٩٩٧). **المرجع في اضطراب التوحد (التشخيص والعلاج)**، ترجمة: محمد السعيد أبو حلاوة، جامعة الاسكندرية، كلية التربية بدمنهور، المكتبة الالكترونية (أطفال الخليج ذوي الاحتياجات الخاصة).
- نصر، سهى (٢٠٠١). **مدى فاعلية برنامج علاجي لتنمية الاتصال اللغوي لدى بعض الأطفال التوحديين**، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة.
- نصر، سهى (٢٠٠٢). **الاتصال اللغوي للطفل التوحدي(التشخيص، البرامج العلاجية)**. الأردن: عمان. دار الفكر.
- الهادي، عوين محمد (٢٠٠٩)، **أنماط الاتصال الصفي اللفظي لدى معلمي التعليم الإبتدائي**، رسالة ماجستير في علم النفس التربوي، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.
- هالهان، دانيال؛ كوفمان، جيمس (٢٠٠٨). **سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم**. ترجمة: عادل عبدالله محمد. المملكة الأردنية الهاشمية: عمان. دار الفكر.
- هويمل، ابتسام ناصر (٢٠١١). **المنهج التجريبي**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الإمام محمد بن سعود، الرياض.

ثانياً- المراجع الأجنبية:

- Ablort –Morgan, C. (2003). **The impact of music within play therapy on classroom behavior of autistic children.** Department of social work. Faculty of humanity. University of Pretoria.
- American Psychiatric Association (2013). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**, 5th ed., DSM-5, Washington, DC: author.
- American Psychiatric Association (1994). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**, 4th ed., DSM-IV، Washington, DC: author.
- Barlow, D. H., Durand, V. M. (1994). **Abnormal Psychology: An integrative approach**. Pacific Grove: Brooks/ Cole Publishing Company.
- Barrow-Moore, J. L. (2007). **The effects of music therapy on the social behavior of children with autism**, Submitted in partial fulfillment of the master of arts in education, College of education, California State University San Marcos.
- Brasi´c, J. R. (1999). **Movements in autistic disorder.** Department of Psychiatry, Bellevue Hospital Center. New York University School of Medicine. New York. USA.
- Bullivant, M. T. (1989). **Dance/movement therapy for the autistic child**. Unpublished Master Thesis, Hahnemann University, Philadelphia, PA.
- Coppenolle, H. V. (2007). **Basic principles and concrete applications of Psychomotor Therapy in adult and adolescents psychiatric patients**. Faculty of Physical Education, University of Leuven.
- Costa, S., Lehmann, H., Soares, F. (2013). **"Where is Your Nose?" Developing Body Awareness Skills among Children With Autism**

Using a Humanoid Robot. Algoritmi Centre. University of Minho.

- Daley, A. J. (2002). **Exercise therapy and mental health in clinical populations: is exercise therapy a worthwhile intervention?** Adv Psychiatr Treat; 8: 262-70.
- Danger, S.E. (2003). **Child-centered group play therapy with children with speech difficulties**, Dissertation Prepared for the Degree of Doctor of philosophy, University of North Texas.
- Dianne, E. B. (1992). **Autism: Identification, Education and treatment**. New Jersey. Hove & London.
- Douglas, E. C. (2005). **Dance/Movement Therapy and Autistic Disorder- A Case Analysis of a Father/Son Interaction.** the Faculty of Allegheny. University of the Health Sciences.
- Edelson, S.M. (1999). **Rett Syndrome.** Center for the study of autism. .salem. Oregon.
- Fisher, S. (1973). Body consciousness. London: Calder & Byars Ltd.
- Francesca, G. H. (1994). **An Advanced Test of Theory of Mind: Understanding Stay Characters Thought and Feeling by Autism**. Mental handicapped and Normal Children and Adults. **J. of A.D.D**.24 (2), p.p. 129:135.
- Frith, U. (1991). **Autism and Asperger Syndrome**. Cambridge University Press, London.
- Gillberg, Ch. (1990). Autism and pervasive developmental disorders. **Child psychol Psychiat, J**. VOL.(31), No.(1).PP.99-119.
- Gold, I., Stoljar, D. (1999). **A neuron doctrine in the philosophy of neuroscience**. Behavioral and Brain Science, 22, 809–869.
- Gowen, E., Hamilton, A. (2012). **Motor Abilities in Autism: A Review Using a Computational Context.** Faculty of Life Sciences. University of Manchester.

- Greenfield, S., Vaux, D. J. (2002). **Parkinson's disease, Alzheimer disease and motor neurone disease: Identifying a common mechanism**. Neuroscience, 113, 485–492.
- Guy, J., Neve, A. (2005). **Music Therapy & Autism Spectrum Disorders**. The Music Therapy Center Of California.
- Harvard Mental Health Letter (1997). **Autism**. part 1, 13 (9), 1-5.
- Havlat, J. J. (2006). **The Effects of Music Therapy on the Interaction of verbal and Non-verbal Skills of Students with Moderate to Severe Autism**. Special Education California State. University of San Marcos.
- Heaton, P. (2003). Pitch memory, labelling and disembedding in autism. **Child Psychol. Psychiatry J.** 44, 543–551.10.1111/1469-7610.00143.
- Jeong, J. B. (2011). **The effect of psycho-motor play on motor and body perception competence for young children with developmental delays.** Department of Special Education, University of Dankook, South Korea.
- Josefi, O., Ryan, Y. (2004). **Non-directive play therapy for young children with autism**: A case study. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 9, 533-551.
- Joseph, R., Tager- Flusberg, H. (2004).**The Relationship of Theory of Mind and Executive Functions to Symptom And Severity in Children With Autism**. National Institutes of Health.16(1) ,137 – 155.
- Kalish, B. (1968). **Body movement therapy for autistic children: a discussion of basic concepts**. An Annual proceedings of the american dance therapy association third annual conference. 49-59.
- Kalish, B. (1986). **Body movement therapy for autistic children: a discussion of basic concepts**. Tn Annual proceedings of the American

dance therapy association third annual conference. 49-59.

- Kanner, L. (1973). **Childhood psychosis: Initial studies and new insights**. Washington, D, C. :V. H, Wanstonm Sons, Inc.
- Kenny, M. (2002). Integrated movement mherapy: Yoga-based therapy as a viable and effective intervention for autism spectrum and related disorders, **International Journal of Yoga Therapy**, No. 12.
- Kok, A., et. al. (2002). Acomparison of the effects of structured play and facilitated play approaches on preschoolers with autism. **Journal of autism**, vol6, No 2, pp181 – 196.
- Lara, J. (2009). **Autism movement therapy - Wake up the brain**! www.AutismMovementTherapy.com, 23/12/2014, ٨:١٣ p.
- Leekam, S., Baron- Cohen. S., Perrettm, D., Milldres, M., and Brown, S. (2007). Eye direction: Adissociation between geometric and joint attention skills in autism. **British Journal of Developmental Psychology** (On- Line). 15(1) Available: file://D:/04.Htm.
- Leigh, K. Morrow-Odom (2010). **Efficacy Of Using Music Therapy Combined With Traditional-Aphasia And Apraxia Of Speech Treatments**. The faculty of the Graduate School of Western Carolina University.
- Marica, D. (1990). **Autism and life in the community. Successful interventions for behavioral challenges**. Pawul H, Co London.
- Mcneil, T. F., Cantor-Graae, E., Blennov, G. (2003). **Mental correlates of neuromotoric deviation in 6-year-olds at heightened risk for Schizophrenia Research**. 60, 219–228.
- Mundy, P., Stella, J. (2000). **Joint attention, social orienting, and nonverbal communication in autism**. In A.M. Wetherby & B.M. Prizant (Eds.). Autism spectrum disorder, A transactional perspective. Baltimor: Brookes publishing Co.

- Neumann, C. S., Walker, E. F. (1999). **Motor dysfunction in schizotypal personality disorder**. Schizophrenia Research, 38, 159–168.

- Ozonoff, S., Cathcart, K. (1998). Effectiveness of a home program intervention for young children with autism. **Journal of Autism and Devil Opmental Disorder**. 28, 25-32.
- Park, WH. (2011). The direction of leisure program for people with severe and multiple disabilities. Unpublished doctoral thesis. South Korea: Seoul. University of Joongang, **South African Journal of Occupational Therapy**, Volume 41, Number 1— Volume 41, Number 1.

- Pedagόgia, F. (1994). **The Complex Development of the Nervous system - In.: Developmental Pedagogy, Budapest**. Translated and edited from: "Basic Therapy". Scientific Study. Basic Therapy Assoc.
- Powers, M. (2006). **What is autism?** In: MD Powers (Ed) Children with Autism: Parents guide. (2nd edition). Bethesda. MD: Woodbine House, 2005. p. p.
- Preston, J., & Johnson, J. (2003). Clinical Psychopharmacology mad Ridiculously Simple, Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Probst, M., Knapen J., Poot, G., and Vancampfort, D. (2010). Psychomotor Therapy and Psychiatry: What's in a Name? **The Open Complementary Medicine Journal**, 2, 105-113.
- Rimland, B. (1968). **On the objective diagnosis of infantile autism**. Act a Paedopsychotrica.
- Roeyers, H. (1995). A Peer Mediated Proximity Intervention to Facilitate the Social Interactions of Children with a Pervasive Developmental Disorder, **British J,** C education, Vol.(22).No(4).Dec. pp.161-176.
- Ruttenberg, B. A. (1980). **Body movement therapy: an integral part**

of a multidisciplinary approach, In M. B. Leventhal (Ed.), Movement and growth, dance therapy for the special child (pp. 19-22). New York: NYU Press.

- Rutter, M. (1993). Classification of Pervasive Developmental Disorder. **Journal of Autism and Developmental Disorder**. Vol (4) p.p.398:406.
- Rutter, M. (1998). **Language Disorder and Infantile Autism**. New York: Plenum Press.
- Sahakian, W. (1986). **Psychopathology**. The current status of abnormal psychologedition. F. E. peacock publisher, Inc. Itasca, Illin.
- Schilder, P. (1999). **The image and appearance of the human body**. New York: Intern Univ Press.
- Seitz, J. A. (2000). **The bodily basis of thought**. New Ideas in Psychology. 18, 23–40.
- Shriver, M. D., Allen, K. D., & Mathews, J. R. (1999). **Effective assessment of the shared and unique characteristics of children with autis.**, School psychology Review. 28(4), 538 – 559.
- Siegel, B. (1996). **The world of the autistic Child: Understanding and treating Autistic Spectrum Disorder**. Oxford: Oxford Press.
- Sigman, M., Ungerer, J. (1981). Sensorimotor skill and language comprehension in autistic children. **Journal of Abnormal Child Psychology**. 9, 149-165.
- Sperry, R. W. (1952). **Neurology and the mind-brain problem**. Am. Sci., 40, 291–312.
- Strong, C. (1996). **Autism: An Introduction for Parents and a Guide to Oregon's Service System**. Autism Training Project/ Oregon Technical Assistance corporation.
- Susan R. Fussell (2001). **The Verbal Communication of Emotion: Introduction and Overview**. Carnegie Mellon University.

- Symington, V. (2008). **Autism children discovering life through movement.** Movement therapy. Club Aviva recreation LTD.
- Tan, U. (2007). **The Psychomotor Theory OF Human Mind**. Turkey: Adana. Cukurova University. Intern. J. Neuroscience, 117:1109–1148.
- Target – Flusberg, H. (1999). **A psychological approach to understanding the social and language impairments in autism.** International Review of Psychiatry. 11(4), 325 – 335.
- Ungerer J.A. & Sigman, M. (1981). Symbolic play and language comprehension in autistic children. **Journal of the American Academy of Child Psychiatry**, 20, 318-337.
- Walker, E. F., Savoie, T., and Davis, D. (1994). **Neuromotor precursors of schizophrenia**. Schizophrenia Bulletin, 20, 441–455.
- Williams, D. L., Goldstein, G. and Minshew, N. J. (2005). **Impaired memory for faces and social scenes in autism: clinical implication of memory dysfunction**. Archives of clinical Neurophysyogy. 20(1), 1-15.
- Williams, K. (2005). **Incidence and prevalence of autism**. Advances in Speech- Language Pathology. 7(1). 31-40.
- Wing, L., Gould J., Yeates, S.R., & Brierley, L. (1977). Symbolic play in severely mentally retarded and autistic. **children Journal of Child Psychology & Psychiatry**, 18, 167-178.
- Zampini, L., D'odorico, L., Zachi، P., Zollino, M., & Neri, G. (2012). **Linguistic and psychomotor development in children with chromosome deletions**, Department of Psychology, University of Milano-Bicocca, Milan, Italy, and Institute of Medical Genetics, Università Cattolica del S. Cuore, Rome, Italy.

ثالثاً- مواقع الإنترنيت:

- www.volksschulamt.zh.ch
- http://ahlelkhair-tawasol.hooxs.com/t1905-topic
- http://specialneeds.org/index.php?option=com_content&view=article&id=41:2010-08-30-22-51-50&catid=1:2010-08-27-16-15-19&Itemid=20
- http://www.algerienhandicap.com/t1362-topic
- http://www.algerienhandicap.com/t1362-topic
- http://www.psychomotor.gr/28-epj/info/1-welcome-to-european psychomotricity-journal.html
- https://en.wikipedia.org/wiki/Psychomotor_learning.

ملاحق الدراسة

الملاحق

الملحق(١)

قائمة بأسماء لجنة تحكيم أدوات الدراسة

الأسم	الدرجة العلمية	التخصص	مكان العمل
أ.د. ياسر الناطور	بروفيسور	اختصاصي تقويم الكلام واللغة _ اختصاصي علاج اضطرابات الصوت	الجامعة الأردنية
أ.د. باسم مرعي	بروفيسور	اختصاصي تقويم الكلام واللغة _ اختصاصي علاج الاضطرابات اللغوية العصبية	الجامعة الأردنية
أ.سهام عباس	ماجستير	اختصاصية تقويم الكلام واللغة	منظمة آمال
أ.هدى عبيد	ماجستير	اختصاصية تقويم الكلام واللغة	منظمة آمال
أ.نادين الأنصاري	ماجستير	اختصاصية تقويم الكلام واللغة	منظمة آمال
أ.فاديا أبو حسن	ماجستير	اختصاصية تربية خاصة (توحد)	منظمة آمال
أ.بشرى عويجان	ماجستير	اختصاصية تربية خاصة (توحد)	منظمة آمال
أ.باسمة شاهين	ماجستير	اختصاصية تربية خاصة (توحد)	منظمة آمال
أ.بسام الحوراني	ماجستير	اختصاصي تربية خاصة (توحد)	منظمة آمال

الملحق(٢)

الصورة النهائية لمقياس تقدير التواصل اللفظي لدى لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد

تحية طيبة وبعد:

تقوم الباحثة بإجراء دراسة تجريبية بعنوان "**فاعلية العلاج النفسي الحركي في تحسين مهارات التواصل اللفظي لدى أطفال التوحد**" على عينة من أطفال التوحد ممن تتراوح أعمارهم بين (٤ – ٨) سنوات. وذلك لتنمية اللغة اللفظية لديهم، ولهذه الغاية فقد تم تصميم هذا المقياس الذي سيطبق قبل تنفيذ البرنامج العلاجي وبعده.

ولذلك ترغب الباحثة بتطبيق هذا المقياس على الطفل .... ، علمًا أن نتائج هذا المقياس سوف تستخدم لأغراض البحث العلمي، ولن يتم الإطلاع عليها إلا من قبل الباحثة.

علماً أن الإجابة على بنود المقياس تتطلب منكم الملاحظة الدقيقة لسلوك الطفل والإجابة على ما ينطبق عليه بالفعل في الحقل الموافق، وذلك من خلال وضع إشارة (X). مع الأخذ بالاعتبار أن :

ينطبق : تعني أن هذا السلوك يظهر على الطفل بشكل دائم .

ينطبق أحيانًا : أي أن السلوك يظهر في بعض الأحيان ويختفي أحيانًا أخرى .

لاينطبق : تعني بأن السلوك لايظهر على الطفل إطلاقًا .

ملاحظة : يرجى عدم ترك أي بند دون إجابة

شاكرين حسن تعاونكم لمافيه من فائدة في تحسين واقع هذه الفئة من الأطفال

	العبـــــــــــــارة	ينطبق	ينطبق أحياناً	لا ينطبق
١	يطلب الأشياء التي يريدها بالإشارة إليها			
٢	فقط يستطيع تقليد نغمة الكلمة			
٣	يكرر أصوات محددة			
٤	يبكي لطلب الأشياء دون الإشارة إليها			
٥	يقول اسمه عند سماع سؤال (ما اسمك؟)			
٦	يقلد الأصوات بشكل صحيح			
٧	يطلب المأكولات باسمها			
٨	يستخدم كلمتي (نعم) و (لا) بشكل مناسب			
٩	يستخدم ضمير (أنا) للتعبير عن نفسه			
١٠	يردد كلمات غير مفهومة			
١١	لا يستطيع تسمية الأشياء			
١٢	يصرخ للحصول على ما يريد			
١٣	عند الوداع يعبر بكلمة (باي)			
١٤	يردد الكلام بشكل آلي			
١٥	يستطيع تقليد الكلمات المفردة			
١٦	يستطيع تقليد جملة من كلمتين أو أكثر(ربط الكلمات)			
١٧	يجيب عن السؤال عن الأشياء بتكرار السؤال			

١٨	يستجيب لسؤال أين كذا؟			
١٩	يستجيب لسؤال ما هذا؟			
٢٠	يتواصل بصرياً مع الشخص المتكلم معه			
٢١	يستخدم الكلام للتعبير عن الرفض			
٢٢	يستخدم الكلام للتعبير عن القبول			
٢٣	يطلب طعامه باستخدام الكلمات			
٢٤	يستخدم كلمة للتعبير عن جملة كاملة			
٢٥	عند التوقف عن اللعب معه في لعبة محببة إليه يطلب المتابعة باستخدام الكلام			
٢٦	يشير إلى الأشياء بشكل صحيح عند سؤاله عنها			
٢٧	ينادي على الأب والأم "تعال بابا – تعالي ماما"			
٢٨	يطلب الأشياء بجملة من كلمتين			
٢٩	يطلب الأشياء باستخدام كلمة مناسبة مثل (بدي، أعطيني، هات)			
٣٠	يستخدم جملة من ثلاث كلمات عند طلب الطعام أو الشراب			
٣١	عند سؤاله عما يريد يكرر كلمات السؤال			
٣٢	يصف تسلسل الصور			
٣٣	يجيب على الأسئلة عن الأشياء والصور			
٣٤	يستطيع تنغيم الكلام			

٣٥	يعبر عن الوداع بأكثر من كلمة			
٣٦	يستطيع تقليد المقاطع الصوتية بشكل صحيح			
٣٧	ليس لديه القدرة على تقليد جملة			

الملحق(٣)

مقياس تقدير التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد

	العبـــــــــــــــارة	ينطبق	ينطبق أحياناً	لا ينطبق
١	يستجيب عند مناداته باسمه.			
٢	يبتسم عندما يتطلب الموقف ذلك.			
٣	يستخدم تعبيرات الوجه بشكل صحيح.			
٤	ينصت للآخرين عند التحدث معه.			
٥	يتجنب النظر مباشرة إلى وجوه الآخرين أثناء الحديث معه أو مداعبته.			
٦	يرفض السلوكيات العاطفية مثل (حمله – عناقه – تقبيله)			
٧	يبدي عدم المبالاة بمن حوله.			
٨	يحب البقاء منعزلاً.			
٩	يبدي الخوف والارتباك عند تفاعله مع الآخرين.			
١٠	يطلب من الآخرين اللعب معه.			
١١	يحافظ على مسافة مناسبة عند التحدث مع الآخرين.			
١٢	يتجاهل الآخرين عند محاوله جذب انتباهه من مثل (مناداته بأسمه – تحيته مداعبته).			
١٣	يحب اللعب بألعابه وحيدًا.			
١٤	يتفادى الاختلاط بالآخرين.			
١٥	يلعب مع الأطفال من نفس العمر.			
١٦	عند سؤاله عن اسمه يجيب بشكل صحيح.			
١٧	يصعب عليه فهم مشاعر الآخرين مثل (حزنهم – فرحهم – غضبهم).			
١٨	يلقي التحية على الآخرين.			
١٩	يطلب المساعدة من الآخرين عند الحاجة لذلك.			

٢٠	يتقرب من الآخرين بطرق غير مقبوله (دفعهم – شدهم – ضربهم).			
٢١	يظهر لا مبالاه نحو أشكال الترفيه الأجتماعي مثل (الزيارات – الرحلات – المناسبات الإجتماعيه).			
٢٢	يشارك في الأنشطة التي يقوم بها أقرانه.			
٢٣	يدعو الأقران لمشاركته في الأنشطة التي يقوم بها.			
٢٤	يشارك في محادثة ثنائية مع الأقران(شخص لشخص).			
٢٥	يشارك في محادثة جماعية مع الأقران.			
٢٦	يبدي عدم اهتمام بما يقوم به الآخرون من حوله.			
٢٧	يتقبل مشاركة الآخرين له أثناء أدائه لنشاط محدد.			
٢٨	يتعامل مع المحيطين وكأنهم اشياء.			
٢٩	يبدي عدم التعاطف مع الآخرين.			
٣٠	يحاول التقرب من البالغين.			
٣١	يسأل أسئلة للاستفسار عن شخص ما.			
٣٢	يتبادل الأدوار أثناء اللعب مع الآخرين.			
٣٣	يفشل في تكوين صداقات أو علاقات اجتماعيه مع من هم في مثل عمره والمحافظه عليها.			

الملحق(٤)

جلسات البرنامج التدريبي

الجلسة رقم (١)

عنوان الجلسة	كسر الحاجز بين المعالج والطفل والرد على التحية
مكان تنفيذ الجلسة	غرفة العلاج – الحديقة

الأهداف السلوكية للجلسة	**زمن الجلسة**	**الوسائل المستخدمة**	**الفنيات المستخدمة**	**المعززات**
– أن ينتج الطفل كلمة (أهلين) بالتقليد المباشر. – أن ينتج الطفل كلمة (أهلين) بشكل عفوي عندما يسمع (مرحبا).	٣٠ د	ألعاب يختارها الطفل من غرفة وسائل العلاج	التلقين التقليد اللعب	**لفظية:** أحسنت، برافو، صح، ممتاز، شاطر، بطل **مادية:** عصير

الإجراءات التنفيذية

النشاط الأول: يأخذ الاختصاصي المعالج الطفل إلى غرفة الوسائل ويتركه يختار بعض الألعاب التي تجذبه، ثم يساعد الطفل على أخذ الألعاب إلى غرفة العلاج ويحاول التحدث معه بحنان ومداعبته واللعب معه بالألعاب التي اختارها لبناء علاقة ثقة مع الطفل في محاولة لجعل الطفل يحس بالراحة مع الاختصاصي ويتجاوب معه.

النشاط الثاني: يطلب الاختصاصي من الطفل أن يجلس على الكرسي ويجلس هو في مقابل الطفل ثم يمد يده باتجاه الطفل ويقول للطفل (مرحبا) ويلقنه الإجابة بكلمة (أهلين)، ثم يسحب التلقين لينتج الطفل كلمة (أهلين) بشكل عفوي.

معيار الجلسة	أن ينتج الطفل كلمة (أهلين) بشكل عفوي بنسبة دقة ٨٠%

الجلسة رقم (٢)

عنوان الجلسة	الأصوات: صوت (ف/ ش)
مكان تنفيذ الجلسة	غرفة العلاج

الأهداف السلوكية للجلسة	زمن الجلسة	الوسائل المستخدمة	الفنيات المستخدمة	المعززات
- أن يشير الطفل إلى الشيء المناسب عند سماع أحد الصوتين. - أن ينتج الطفل صوت (ف/ ش) بالتقليد المباشر. - أن ينتج الطفل صوت (ف/ش) بشكل عفوي عندما يشير الاختصاصي المعالج إلى الشمعة أو الحنفية.	٣٥ د	شمعة صورة حنفية ممرات للتوازن	التلقين التقليد اللعب	**لفظية:** أحسنت، برافو، صح، ممتاز، شاطر، بطل **مادية:** عصير
الإجراءات التنفيذية				
النشاط الأول: نعرض الشمعة ونقوم بإصدار صوت (فففففف) لنطفئها، نشجع الطفل على تقليد الصوت ونعززه بعد كل محاولة. نعيد نفس الإجراء مع صوت الحنفية (ششششش)، نسمع الطفل أحد الصوتين ونطلب منه أن يشير إلى الصورة/ أو الشيء المناسب، نشير إلى أحد الصورتين وننتظر الطفل لينتج الصوت المناسب بشكل عفوي. النشاط الثاني: وضع الشمعة والحنفية كل منها بزاوية من غرفة العلاج على بعد مترين أو ثلاث، ووضع ممر للتوازن باتجاه كل منهما وعلى الطفل الوصول إلى الشيء المناسب عند سماع صوته من خلال المشي على ممر التوازن وإنتاج الصوت لحين الوصول.				
معيار الجلسة	أن ينتج الطفل صوت ف/ ش بشكل عفوي بنسبة دقة ٨٠%			

الجلسة رقم (٣)

عنوان الجلسة	الصوت والمقطع الصوتي: (ز/ عو)
مكان تنفيذ الجلسة	غرفة العلاج

الأهداف السلوكية للجلسة	زمن الجلسة	الوسائل المستخدمة	الفنيات المستخدمة	المعززات
– أن يشير الطفل إلى الحيوان المناسب عند سماع الصوت أو المقطع الصوتي. – أن ينتج الطفل صوت ز/عو بالتقليد المباشر. – أن ينتج الطفل صوت ز/عو بشكل عفوي.	٣٥ د	مجسم نحلة مجسم كلب آيباد	اللعب التقليد التلقين	**لفظية:** أحسنت، برافو، صح، ممتاز، شاطر، بطل **مادية:** بسكوتة
الإجراءات التنفيذية				
النشاط الأول: عرض مجسم النحلة وإصدار صوت (ززززز) عدة مرات ووضعه أمام الطفل، ثم عرض مجسم الكلب وإصدار صوت (عو) عدة مرات ووضعه أيضاً أمام الطفل، فتح برنامج أصوات الحيوانات في الآيباد، نضع على الشاشة صورة النحلة وصورة الكلب، نسمع الطفل صوت أحدهما ونطلب منه الضغط على الصورة المناسبة ونشجعه على تقليد الصوت. نضع المجسمين أمام الطفل ونشير إلى أحدهما وننتظر الطفل لينتج الصوت المناسب بشكل عفوي. النشاط الثاني: وضع مجسم لكل من النحلة والكلب ووضع كرة كبيرة أمام الطفل وعليه أن يدحرج الكرة إلى المجسم الصحيح عند سماع صوته مع إنتاج الصوت.				
معيار الجلسة	أن ينتج الطفل صوت ز/ عو بشكل عفوي بنسبة دقة ٨٠%			

الجلسة رقم (٤)

عنوان الجلسة	علامات السلم الموسيقي: (دو/ ري)
مكان تنفيذ الجلسة	غرفة العلاج – غرفة الموسيقى

الأهداف السلوكية للجلسة	زمن الجلسة	الوسائل المستخدمة	الفنيات المستخدمة	المعززات
– أن يشير الطفل إلى البطاقة المكتوب عليها العلامة الموسيقية عند سماعها. – أن ينتج الطفل صوت العلامة الموسيقية بالتقليد المباشر. – أن ينتج الطفل صوت العلامة الموسيقية بشكل عفوي عندما يشير إليها الاختصاصي المعالج. – أن يعزف الطفل علامتي (دو – ري) على الأورغ.	٣٥ د	بطاقات أورغ	التلقين التقليد العزف	**لفظية:** أحسنت، برافو، صح، ممتاز، بطل، كف الشاطرين **مادية:** بسكوتة
الإجراءات التنفيذية				
النشاط الأول: (غرفة العلاج) نعرض بطاقة مكتوب عليها العلامة الموسيقية (دو) بخط عريض وواضح، ونقوم بإصدار صوتها عدة مرات ونشجع الطفل على تقليد الصوت، نعرض العلامة (ري) بنفس الطريقة ونطلب من الطفل أن يعطينا العلامة المناسبة عند سماع اسمها، بعدها نعرض كل علامة على حدة وننتظر الطفل لينتجها بشكل عفوي. النشاط الثاني: (غرفة الموسيقى) وضع الأورغ أمام الطفل ولصق كل بطاقة على المفتاح المناسب، نضغط مفتاح دو مع إصدار الصوت أولاً ثم العزف على المفتاح، ثم تشجيع الطفل على العزف على المفتاح وإصدار صوته، وكذلك مفتاح (ري). ثم نحاول إصدار صوت أحد العلامتين ونطلب من الطفل العزف على المفتاح المناسب.				
معيار الجلسة	أن ينتج الطفل المقطعين الصوتيين دو/ ري بشكل عفوي بنسبة دقة ٨٠%			

الجلسة رقم (٥)

عنوان الجلسة	علامات السلم الموسيقي: (مي/ فا)
مكان تنفيذ الجلسة	غرفة العلاج – غرفة الموسيقى

الأهداف السلوكية للجلسة	زمن الجلسة	الوسائل المستخدمة	الفنيات المستخدمة	المعززات
– أن يشير الطفل إلى البطاقة المكتوب عليها العلامة الموسيقية عند سماعها. – أن ينتج الطفل صوت العلامة الموسيقية بالتقليد المباشر. – أن ينتج الطفل صوت العلامة الموسيقية بشكل عفوي عندما يشير إليها الاختصاصي المعالج. – أن يعزف الطفل علامتي (مي – فا) على الأورغ.	٣٥ د	بطاقات اورغ	التلقين التقليد العزف	**لفظية**: أحسنت، برافو، صح، ممتاز، بطل، كف الشاطرين **مادية**: بسكوتة
الإجراءات التنفيذية				
النشاط الأول: (غرفة العلاج) نعرض بطاقة مكتوب عليها العلامة الموسيقية (مي) ونقوم بإصدار صوتها عدة مرات، نشجع الطفل على تقليد الصوت، نعرض العلامة (فا) بنفس الطريقة ونطلب من الطفل أن يعطينا العلامة المناسبة عند سماع اسمها، بعدها نعرض كل علامة على حدة وننتظر الطفل لينتجها بشكل عفوي. النشاط الثاني: (غرفة الموسيقى) وضع الأورغ أمام الطفل ولصق كل بطاقة على المفتاح المناسب، نضغط مفتاح مي مع إصدار الصوت أولاً ثم العزف على المفتاح، ثم تشجيع الطفل على العزف على المفتاح وإصدار صوته، وكذلك مفتاح (فا). ثم نحاول إصدار صوت أحد العلامتين ونطلب من الطفل العزف على المفتاح المناسب.				
معيار الجلسة	أن ينتج الطفل المقطعين الصوتيين مي/ فا بشكل عفوي بنسبة دقة ٨٠%			

الجلسة رقم (٦)

عنوان الجلسة	علامات السلم الموسيقي: (صول/ لا/ سي)
مكان تنفيذ الجلسة	غرفة العلاج – غرفة الموسيقى

الأهداف السلوكية للجلسة	زمن الجلسة	الوسائل المستخدمة	الفنيات المستخدمة	المعززات
– أن يشير الطفل إلى البطاقة المكتوب عليها العلامة الموسيقية عند سماعها. – أن ينتج الطفل صوت العلامة الموسيقية بالتقليد المباشر. – أن ينتج الطفل صوت العلامة الموسيقية بشكل عفوي عندما يشير إليها الاختصاصي المعالج. – أن يعزف الطفل العلامات الموسيقية (صول/ لا/ سي) على الأورغ عند سماعها.	٣٥ د	بطاقات أورغ	العزف التقليد التلقين	**لفظية:** أحسنت، برافو، صح، ممتاز، بطل، كف الشاطرين **مادية:** عصير

الإجراءات التنفيذية

النشاط الأول: نعرض بطاقة مكتوب عليها العلامة الموسيقية (صول) ونقوم بإصدار صوتها عدة مرات، نشجع الطفل على تقليد الصوت، نعرض العلامة (لا/ سي) بنفس الطريقة ونطلب من الطفل أن يعطينا العلامة المناسبة عند سماع اسمها، بعدها نعرض كل علامة على حدة وننتظر الطفل لينتجها بشكل عفوي.

النشاط الثاني: وضع الأورغ أمام الطفل ولصق كل بطاقة على المفتاح المناسب، نضغط مفتاح صول مع إصدار الصوت أولاً ثم العزف على المفتاح، ثم تشجيع الطفل على العزف على المفتاح وإصدار صوته، وكذلك مفتاح (لا/ سي). ثم نحاول إصدار صوت أحد العلامات ونطلب من الطفل العزف على المفتاح المناسب.

معيار الجلسة	أن ينتج الطفل (صول/ لا/ سي) بشكل عفوي بنسبة دقة ٨٠%

الجلسة رقم (٧)

عنوان الجلسة	تعريف الطفل باسمه
مكان تنفيذ الجلسة	حديقة الألعاب

أهداف الجلسة	زمن الجلسة	الوسائل المستخدمة	الفنيات المستخدمة	المعززات
- أن ينتج الطفل اسمه بالتقليد المباشر. - أن ينتج الطفل اسمه بشكل عفوي عند سماع السؤال (ما اسمك؟)	٣٥ د	زحليطة - المرجوحة - كرة سلة	اللعب التقليد التلقين	**لفظية:** أحسنت، ممتاز، بطل، شاطر **مادية:** عصير
الإجراءات التنفيذية				
يأخذ الاختصاصي المعالج الطفل إلى حديقة الألعاب ليلعبا عدة ألعاب مثل (المرجوحة - الزحليطة - كرة السلة). عند بدء أي لعبة من هذه الألعاب ينادي الاختصاصي على الطفل باسمه بصوت عالي نسبياً بحيث يجذب انتباه الطفل ليطلب منه البدء باللعب. وعند انتهاء كل دورة لعب يقوم الاختصاصي بسؤال الطفل عن اسمه. في البداية يقدم الاختصاصي المساعدة للطفل بتلقينه، وبعدها يسحب التلقين تدريجياً لينتج الطفل اسمه بشكل عفوي، ويقدم له الاختصاصي التعزيز بعد كل محاولة من الطفل.				
معيار الجلسة	أن ينتج الطفل اسمه بشكل عفوي بنسبة دقة ٨٠%			

الجلسة رقم (٨)

عنوان الجلسة	أعضاء الجسم: (إيد/ رِجِلْ)
مكان تنفيذ الجلسة	غرفة العلاج

أهداف الجلسة	زمن الجلسة	الوسائل المستخدمة	الفنيات المستخدمة	المعززات
– أن يشير الطفل إلى صورة كل عضو عند سماعه اسمه. – أن ينتج الطفل إيد/ رجل بالتقليد المباشر. – أن ينتج الطفل إيد/ رجل بشكل عفوي عندما يشير إليها الاختصاصي المعالج. – أن يعمم الطفل الخبرة على جسده.	٣٥ د	بطاقات كرة	اللعب التقليد التلقين	**لفظية**: أحسنت، ممتاز، بطل، شاطر **مادية**: شوكولا

الإجراءات التنفيذية

النشاط الأول: عرض بطاقة تحوي صورة اليد أمام الطفل وتكرار كلمة (إيد) عدة مرات مع تشجيع الطفل على تقليد اللفظ بشكل مباشر، ثم عرض بطاقة أخرى تحوي صورة القدم وتكرار كلمة (رِجِلْ) أيضاً عدة مرات وتشجيع الطفل على تقليد اللفظ بشكل مباشر. نطلب من الطفل أن يعطينا البطاقة المناسبة عندما يسمع كلمة يد أو كلمة رِجِلْ.

النشاط الثاني: يقوم الاختصاصي برفع يد الطفل وترديد كلمة (إيد) ويشجع الطفل على ترديدها، ثم يشير إلى قدم الطفل مع ترديد كلمة (رِجِلْ) وتشجيع تكرارها من قبل الطفل. وأخيراً يقوم الاختصاصي بالإشارة إلى أحد العضوين لينتج الطفل اسمه بشكل عفوي.

النشاط الثالث: نضع كرة أمام الطفل ونردد كلمة (إيد) مع الإشارة إلى يد الطفل. ثم نطلب منه أن يمسك الكرة بيده ويعطيها للاختصاصي المعالج، ثم نردد كلمة (رِجِل) مع الإشارة إلى قدم الطفل ونطلب منه أن يدفع الكرة باتجاه الاختصاصي برجله. إذا وجد الطفل صعوبة في بداية النشاط نساعده من خلال تلقينه بشكل مباشر ثم نسمعه كلمتي يد رجل ونتركه ليقوم بالنشاط بمفرده بما يناسب كل كلمة.

معيار الجلسة	أن ينتج الطفل (إيد/ رِجِل) بشكل عفوي بنسبة دقة ٨٠%

الجلسة رقم (٩)

عنوان الجلسة	أعضاء الأسرة: (ماما/ بابا)
مكان تنفيذ الجلسة	غرفة العلاج – الحديقة

الأهداف السلوكية للجلسة	زمن الجلسة	الوسائل المستخدمة	الفنيات المستخدمة	المعززات
– أن يشير الطفل إلى صورة والده أو والدته عند سماع كلمة ماما أو بابا. – أن ينتج الطفل ماما / بابا بالتقليد المباشر. – أن ينتج الطفل ماما / بابا بشكل عفوي عندما يشير الاختصاصي المعالج إلى صورة أحدهما.	٣٥ د	والد الطفل ووالدته صورة لكل من والدي الطفل	التلقين التقليد اللعب الحركة	**لفظية**: أحسنت، ممتاز، بطل، شاطر **مادية**: شيبس
الإجراءات التنفيذية				
النشاط الأول (في الحديقة): يشارك والدي الطفل في النشاط حيث نطلب من كل منهم أن يجلس في الحديقة على مسافة بعيدة نسبياً من الطفل والاختصاصي. يردد الاختصاصي كلمة ماما أو بابا مع الإشارة إلى والدته أو والده وتشجيع الطفل على نطق الكلمة بالتقليد المباشر ونطلب منه الذهاب إليها/ إليه، وحضنها/ حضنه بالتلقين في البداية ثم سحبه تدريجياً. أخيراً نشير إلى أحد الوالدين ونسأل الطفل ليعطينا الانتاج العفوي. النشاط الثاني (في غرفة العلاج): عرض صورة لوالدة الطفل وتكرار كلمة (ماما) لينتج الكلمة بالتقليد المباشر ونطلب منه أن يأخذ الصورة ويذهب إلى والدته ويحضنها، ثم عرض صورة لوالد الطفل وتكرار نفس الإجراءات، وبعدها نشير إلى أحد الوالدين، أو إلى صورة أحدهما ونسأل الطفل (من هذا/هذه) وننتظره لينتج الكلمة بشكل عفوي. هذا النشاط يساعد على التعميم (التعرف على والديه سواءً في الصورة أو الواقع).				
معيار الجلسة	أن ينتج الطفل (ماما/ بابا) بشكل عفوي بنسبة دقة ٨٠%			

الجلسة رقم (١٠)

عنوان الجلسة	مأكولات: (كاتو/ بسكوت)
مكان تنفيذ الجلسة	غرفة العلاج

الأهداف السلوكية للجلسة	زمن الجلسة	الوسائل المستخدمة	الفنيات المستخدمة	المعززات
– أن يشير الطفل إلى الصورة المناسبة عند سماعه اسم أحد المأكولات المستهدفة. – أن ينتج الطفل اسماء المأكولات بالتقليد المباشر. – أن ينتج الطفل اسماء المأكولات بشكل عفوي عندما يشير إليها الاختصاصي المعالج.	٣٥ د	صور آيباد قطعة كاتو بسكوت	اللعب التقليد التلقين	**لفظية:** أحسنت، ممتاز، بطل، شاطر **مادية:** كاتو، بسكوت، آيباد،
الإجراءات التنفيذية				
النشاط الأول: نعرض صورة الكاتو أمام الطفل ونكرر كلمة (كاتو) عدة مرات، نشجع الطفل على تقليد الكلمة ونعززه بعد كل استجابة مقبولة، نعرض صورة (بسكوت) بنفس الطريقة، نضع الصورتين على الطاولة ونطلب من الطفل أن يشير إلى الصورة الصحيحة عندما يسمع كلمة كاتو/ أو بسكوت دون الالتزام بروتين معين للتأكد من أن الطفل استوعب المفهومين، نرفع إحدى الصور وننتظر الطفل لينتج المفهوم بشكل عفوي. بعدها نستبدل الصور بالقطعة كاتو وبسكوتة ونشير إلى كل منها لينتج الطفل اسمها لتعميم المفهومين على ما هو حقيقي. النشاط الثاني: نفتح الآيباد على لعبة إعداد الكاتو ونشجع الطفل على اللعب مع إنتاج الكلمات، نعزز الطفل عند كل استجابة صحيحة.				
معيار الجلسة	أن ينتج الطفل (كاتو/ بسكوت) بشكل عفوي بنسبة دقة ٨٠%			

الجلسة رقم (١١)

عنوان الجلسة	مأكولات: (رز/ بطاطا)
مكان تنفيذ الجلسة	غرفة العلاج

الأهداف السلوكية للجلسة	زمن الجلسة	الوسائل المستخدمة	الفنيات المستخدمة	المعززات
- أن يشير الطفل إلى الصورة المناسبة عند سماعه اسم أحد المأكولات المستهدفة. - أن ينتج الطفل اسماء المأكولات بالتقليد المباشر. - أن ينتج الطفل اسماء المأكولات بشكل عفوي عندما يشير إليها الاختصاصي.	٣٥ د	صور علب	اللعب التقليد التلقين	**لفظية:** أحسنت، ممتاز، بطل، **مادية:** شيبس
الإجراءات التنفيذية				
النشاط الأول: نعرض صورة الرز أمام الطفل ونكرر كلمة (رز) عدة مرات، نشجع الطفل على تقليد الكلمة ونعزّزه بعد كل استجابة مقبولة، نعرض صورة (بطاطا) بنفس الطريقة، نضع الصورتين على الطاولة ونطلب من الطفل أن يشير إلى الصورة الصحيحة عندما يسمع كلمة رز/ أو بطاطا، دون الالتزام بروتين معين للتأكد من أن الطفل استوعب المفهومين، نرفع إحدى الصور وننتظر الطفل لينتج المفهوم بشكل عفوي. النشاط الثاني (لعبة البحث عن المأكولات): نضع عدة صور من مجموعة المأكولات ونغطي كل منها بوضع علب مقلوبة على كل صورة ونطلب من الطفل البحث عن الصورة المناسبة عند سماع اسمها، ونعزز الطفل عند كل استجابة صحيحة، ثم نسأله عن الشي الذي في الصورة ليعطينا الانتاج العفوي للمفهومين.				
معيار الجلسة	أن ينتج الطفل (رز/ بطاطا) بشكل عفوي بنسبة دقة ٨٠%			

الجلسة رقم (١٢)

عنوان الجلسة	مشاريب: (مي/ عصير)
مكان تنفيذ الجلسة	غرفة العلاج

الأهداف السلوكية للجلسة	زمن الجلسة	الوسائل المستخدمة	الفنيات المستخدمة	المعززات
– أن يشير الطفل إلى الصورة المناسبة عند سماعه اسم أحد المشاريب المستهدفة. – أن ينتج الطفل أسماء المشاريب بالتقليد المباشر. – أن ينتج الطفل أسماء المشاريب بشكل عفوي عندما يشير إليها الاختصاصي المعالج.	٣٥ د	كأس مي علبة عصير مجسم للمواصلات حسب رغبة الطفل	اللعب التقليد التلقين	**لفظية** أحسنت، برافو، بطل، شاطر **مادية** شوكولا

الإجراءات التنفيذية

النشاط الأول: نعرض كأس من الماء أمام الطفل ونكرر كلمة (مي) عدة مرات، نشجع الطفل على تقليد الكلمة ونعززه بعد كل استجابة مقبولة، نعرض (العصير) بنفس الطريقة، نضع الماء والعصير على الطاولة ونطلب من الطفل أن يشير إلى الشيء الصحيح عندما يسمع اسمه دون الالتزام بروتين معين للتأكد من أن الطفل استوعب المفهومين، نرفع إحدى المشروبين وننتظر الطفل لينتج المفهوم بشكل عفوي.

النشاط الثاني: وضع كل من الماء والعصير في زاوية مختلفة من غرفة العلاج وإعطاء الطفل أحد وسائل المواصلات حسب رغبته، ثم نطلب منه قيادة لعبته نحو المشروب الذي يسمع اسمه. ونعزز الطفل بعد كل استجابة صحيحة.

معيار الجلسة	أن ينتج الطفل (مي/ عصير) بشكل عفوي بنسبة دقة ٨٠%

الجلسة رقم (١٣)

عنوان الجلسة	مشاريب: (حليب/ شاي)
مكان تنفيذ الجلسة	غرفة العلاج

الأهداف السلوكية للجلسة	زمن الجلسة	الوسائل المستخدمة	الفنيات المستخدمة	المعززات
- أن يشير الطفل إلى الصورة المناسبة عند سماعه اسم أحد المشاريب المستهدفة. - أن ينتج الطفل أسماء المشاريب بالتقليد المباشر. - أن ينتج الطفل أسماء المشاريب بشكل عفوي عندما يشير إليها الاختصاصي المعالج.	٣٥ د	صور لعبة من المواصلات حسب رغبة الطفل	اللعب التقليد التلقين	**لفظية** أحسنت، برافو، بطل، شاطر **مادية** شوكولا
الإجراءات التنفيذية				
النشاط الأول: نعرض بطاقة لصورة الحليب أمام الطفل ونكرر كلمة (حليب) عدة مرات، نشجع الطفل على تقليد الكلمة ونعززه بعد كل استجابة مقبولة، نعرض (الشاي) بنفس الطريقة، نضع البطاقات على الطاولة ونطلب من الطفل أن يشير إلى الشيء الصحيح عندما يسمع اسمه دون الالتزام بروتين معين للتأكد من أن الطفل استوعب المفهومين، نرفع إحدى المشروبين وننتظر الطفل لينتج المفهوم بشكل عفوي. النشاط الثاني: وضع كل من صورة الحليب والشاي في زاوية مختلفة من غرفة العلاج وإعطاء الطفل أحد وسائل المواصلات حسب رغبته، ثم نطلب منه قيادة لعبته نحو المشروب الذي يسمع اسمه. ونعزز الطفل بعد كل استجابة صحيحة.				
معيار الجلسة	أن ينتج الطفل (حليب/ شاي) بشكل عفوي بنسبة دقة ٨٠%			

الجلسة رقم (١٤)

عنوان الجلسة	أفعال: (آكل/ أشرب)
مكان تنفيذ الجلسة	غرفة العلاج

الأهداف السلوكية للجلسة	زمن الجلسة	الوسائل المستخدمة	الفنيات المستخدمة	المعززات
– أن يشير الطفل إلى ما يدل على كل من الفعلين (آكل/ أشرب). – أن ينتج الطفل فعلي (آكل/ أشرب) بالتقليد المباشر. – أن ينتج الطفل فعلي (آكل/ أشرب) بشكل عفوي. – أن يمثل الطفل الفعلين (آكل/ أشرب) باللعب التمثيلي.	٣٥ د	صحن ملعقة كاسة	اللعب التقليد التلقين	**لفظية** أحسنت، برافو، صح، شاطر **مادية** شيبس

الإجراءات التنفيذية

النشاط الأول: يجلس الاختصاصي في وضع مقابل للطفل، يضع الصحن والملعقة على الطاولة ويمثل فعل آكل أمام الطفل مع محاولة جذب انتباهه، يكرر الاختصاصي كلمة (آكل) عدة مرات أثناء القيام بالفعل ويشجع الطفل على التقليد المباشر له، يعطي الطفل أيضاً صحن وملعقة ليقلده في أداء الفعل وإنتاج اللّفظ، يعزز الطفل بعد كل استجابة مقبولة، يخفي الاختصاصي الصحن والملعقة ويضع كأساً ويمثل فعل الشرب مع تكرار كلمة (أشرب) عدة مرات، يشجع الطفل على تقليده في اللفظ، يعطي للطفل أيضاً كأس ويشجع على تقليد الفعل (أشرب) مع تكرار اللفظ، يعزز الاختصاصي الطفل بعد كل استجابة مقبولة.

النشاط الثاني: يضع الاختصاصي كل من الصحن والكأس أمام الطفل ويلفظ أحد الفعلين آكل/ أو أشرب وينتظر من الطفل تمثيل أحد الفعلين عند سماع كلمة آكل أو أشرب، يعزز الطفل عند إعطاء الاستجابة الصحيحة. وأخيراً يقوم الاختصاصي بتمثيل أحد الفعلين ويسأل الطفل لينتج الفعل بشكل عفوي.

معيار الجلسة	أن ينتج الطفل (أكل/ أشرب) بشكل عفوي بنسبة دقة ٨٠%

الجلسة رقم (١٥)

عنوان الجلسة	استخدام صيغة الطلب: (بدي)
مكان تنفيذ الجلسة	غرفة العلاج

الأهداف السلوكية للجلسة	زمن الجلسة	الوسائل المستخدمة	الفنيات المستخدمة	المعززات
- أن يطلب الطفل الأشياء الموجودة أمامه باستخدام كلمة (بدي).	٣٥ د	ألعاب دمى مأكولات	اللعب التقليد التلقين	**لفظية** أحسنت، برافو، بطل، شاطر **مادية** سميري

الإجراءات التنفيذية

يجلس الاختصاصي المعالج في وضع مقابل للطفل، يضع مجموعة من الألعاب المحببة للطفل أمامه ثم يسأل الطفل (شو بدك؟)، ينتظر أي استجابة من قبل الطفل تدل على أنه يريد أن يأخذ أحد هذه الألعاب، ثم مباشرةً يقول الاختصاصي كلمة بدي مع إشارة فتح وضم اليد، ويكررها عدة مرات ثم يعطي الطفل اللعبة التي أرادها ويعطيه بعض الوقت ليلعب بها. قد يحتاج الاختصاصي إلى مساعد اختصاصي يقدم للطفل التلقين الجسدي في البداية (مساعدة الطفل على مد يده) في الوقت الذي يكرر الاختصاصي فيه كلمة (بدي)، ثم سحب التلقين بشكل تدريجي. إلى أن يصل الطفل إلى الانتاج العفوي لكلمة (بدي) مع القيام بالحركة المناسبة وهي (مد اليد).

معيار الجلسة	أن يطلب الطفل الأشياء الموجودة أمامه باستخدام كلمة (بدي) ثمانية مرات على الأقل.

الجلسة رقم (١٦- ١٧)

عنوان الجلسة	استخدام جملة مكونة من كلمتين: (آكل (كذا)/ أشرب (كذا))
مكان تنفيذ الجلسة	غرفة العلاج – الحديقة

الأهداف السلوكية للجلسة	زمن الجلسة	الوسائل المستخدمة	الفنيات المستخدمة	المعززات
– أن ينتج الطفل جملة مكونة من كلمتين بالتقليد المباشر. – أن ينتج الطفل جملة مكونة من كلمتين بشكل عفوي.	٣٥ د	صور أشكال من الإيفا	التلقين التقليد اللعب	**لفظية** أحسنت، برافو، صح، شاطر، بطل **مادية** عصير
الإجراءات التنفيذية				
يضع الاختصاصي قطعة مربعة من الإيفا ويلصق عليها صورة تعبر عن فعل آكل وأخرى يلصق عليها صورة لإحدى المأكولات التي تعرف عليها في الجلسات السابقة بحيث يغير المربع الخاص بنوع المأكولات في كل مرة وعلى الطفل أن يقفز إلى أول مربع ويقول كلمة آكل ثم إلى المربع الثاني ويقول اسم الشيء الذي يحتويه المربع لينتج بذلك جملة من كلمتين مثل (آكل كاتو) على سبيل المثال. وفي الجلسة (١٦) يبدل الاختصاصي فعل (آكل) بفعل (أشرب)، ويبدل المأكولات بالمشاريب ويقوم بتنفيذ النشاط لينتج الطفل جمل مثل (أشرب مي) مثلاً. ويحصل الطفل على التعزيز بعد كل استجابة صحيحة.				
معيار الجلسة	أن ينتج الطفل جملة مكونة من كلمتين باستخدام الفعلين (أكل/ أشرب) بشكل عفوي بنسبة دقة ٨٠%			

الجلسة رقم (١٨)

عنوان الجلسة	استخدام جملة طلبية مكونة من ثلاث كلمات: (بدي آكل كاتو/ بسكوتة/ رز/ بطاطا/ جبنة)
مكان تنفيذ الجلسة	غرفة العلاج – الحديقة

الأهداف السلوكية للجلسة	زمن الجلسة	الوسائل المستخدمة	الفنيات المستخدمة	المعززات
– أن ينتج الطفل كل كلمة عند القفز إلى المربع المناسب ليصل إلى إنتاج جملة من ثلاث كلمات. – أن يعزز الطفل بعد كل استجابة صحيحة.	٣٥ د	صور أشكال من الإيفا الملونة	التلقين التقليد اللعب	**لفظية** أحسنت، برافو، صح، بطل **مادية** عصير، شيبس، حبات سميري

الإجراءات التنفيذية	
يضع الاختصاصي المعالج مربعات من الإيفا _ على أن تشير كل منها إلى كلمة مثل (لصق صورة الفعل أو المفهوم) – على الأرض بحيث يكون المربع الذي يدل على كلمة بدي في البداية، ثم المربع الذي يدل على كلمة آكل، ثم وضع مربع واحد يدل على أحد المأكولات. بحيث يقفز الطفل إلى كل مربع مع إنتاج الكلمة المناسبة. ثم يقابل كل خيار من المأكولات نوع من التعزيز بحيث يصل الطفل بعد إنتاج كل جملة إلى أحد هذه المعززات لتشجيعه على متابعة النشاط.	
معيار الجلسة	أن ينتج الطفل جملة طلبية مكونة من ثلاث كلمات بشكل عفوي بنسبة دقة ٨٠%

الجلسة رقم (١٩)

عنوان الجلسة	استخدام جملة طلبية مكونة من ثلاث كلمات: (بدي أشرب مي/ شاي/ حليب/ عصير)
مكان تنفيذ الجلسة	غرفة العلاج – الحديقة

الأهداف السلوكية للجلسة	زمن الجلسة	الوسائل المستخدمة	الفنيات المستخدمة	المعززات
– أن ينتج الطفل جملة طلبية مكونة من ثلاث كلمات باستخدام الفعل (أشرب). – أن يغير الطفل الجملة في كل مرة بالقفز على أحد الخيارات.	٣٥ د	صور أشكال من الإيفا الملونة	التلقين التقليد اللعب	**لفظية:** أحسنت، برافو، صح، شاطر، بطل **مادية:** كاتو، سميري

الإجراءات التنفيذية

يضع الاختصاصي المعالج مربعات من الإيفا – بحيث تشير كل منها إلى كلمة مثل (لصق صورة الفعل أو المفهوم أو ما يدل على الطلب) – على الأرض بحيث يكون المربع الذي يدل على كلمة بدي في البداية، ثم المربع الذي يدل على كلمة أشرب، ثم يتم تعقيد المهمة أكثر من الجلسة السابقة بوضع عدة مربعات تدل على عدة مشروبات لتطوير القدرة على الاختيار لدى الطفل من خلال نطق ما يريد. يقفز الطفل على كل مربع مع إنتاج الكلمة المناسبة ليصل إلى تكوين جملة من ثلاث كلمات. ويضع الاختصاصي مقابل كل جملة المشروب الذي يمثل الصورة ليشربه الطفل بعد نطق الجملة لتعزيز توظيف الكلام.

معيار الجلسة	أن ينتج الطفل جملة طلبية مكونة من ثلاث كلمات باستخدام الفعل (أشرب) بشكل عفوي بنسبة دقة ٨٠%

الجلسة رقم (٢٠)

عنوان الجلسة	استخدام جملة طلبية مكونة من ثلاث كلمات باستخدام الفعلين (آكل – أشرب).
مكان تنفيذ الجلسة	غرفة العلاج – الحديقة

الأهداف السلوكية للجلسة	زمن الجلسة	الوسائل المستخدمة	الفنيات المستخدمة	المعززات
– أن ينتج الطفل جملة طلبية مكونة من ثلاث كلمات باستخدام الفعل (أشرب – آكل). – أن يغير الطفل الجملة في كل مرة بحسب ما أمامه من خيارات.	٣٥ د	صور أشكال مربعة من الإيفا الملونة	التلقين التقليد اللعب	**لفظية:** أحسنت، برافو، شاطر، بطل **مادية:** سميري، شيبس، عصير، شوكولا
الإجراءات التنفيذية				
يضع الاختصاصي مربعات الإيفا مع زيادة الخيارات أمام الطفل، وذلك بوضع الفعلين (آكل – أشرب) بدلاً من فعل واحد في المستوى الثاني، وكذلك تنويع الخيارات في المستوى الثالث بين المأكولات والمشروبات لتحسين قدرة الطفل على ربط كل فعل بما يناسبه من الخيارات. فلا يصح أن يقفز الطفل من مربع الفعل (آكل) إلى مربع (عصير) مثلاً. أو العكس. أي من مربع الفعل (أشرب) إلى مربع (بطاطا). ويتم تقديم التغذية الراجعة للطفل بعد كل محاولة بتعزيز الاستجابة الصحيحة، أو تصحيح الاستجابة الخاطئة.				
معيار الجلسة	أن ينتج الطفل جملة طلبية مكونة من ثلاث كلمات باستخدام الفعلين (آكل – أشرب) بشكل عفوي بنسبة دقة ٨٠%			

ملخص الدراسة باللغة العربية

ملخَّص الدراسة باللُّغة العربيَّة

فاعليَّة العلاج النفسي الحركي في تحسين مهارات التواصل اللفظي لدى أطفال التوحد

هدفت الدراسة الحالية إلى التحقق من فاعلية العلاج النفسي الحركي في تحسين مهارات التواصل اللفظي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد. وقد تكونت عينة الدراسة من (٦) أطفال، (٤) من الذكور، و(٢) من الإناث، من المشخَّصين بالتوحد الكلاسيكي، تراوحت أعمارهم بين (٤-٨) سنوات.

ولأغراض الدراسة الحالية قامت الباحثة بإعداد مقياس لتقدير التواصل اللفظي لدى أطفال التوحد، تكوَّن من (٣٧) عبارة، وتم إجراء دراسة سيكومترية لإيجاد دلالات الصدق والثبات التي تبرر صلاحية استخدام المقياس في الدراسة الحالية، وتم استخدام مقياس تقدير التفاعل الاجتماعي لقياس مدى تحسُّن التفاعل الاجتماعي لدى أطفال العينة بعد تطبيق البرنامج، كما قامت الباحثة ببناء برنامج تدريبي قائم على فنيات العلاج النفسي الحركي (اللعب، والموسيقى)، لتحسين مهارات التواصل اللفظي لدى أطفال التوحد، تكون البرنامج من (٢٠) جلسة، وقد استغرق تطبيق البرنامج مدة شهرين و(٢٠) يوم، بواقع جلستين إلى ثلاث جلسات إسبوعياً، مدة كل منها (٣٠-٣٥) دقيقة، وتمَّ تطبيق الاختبار القبلي والبعدي على أفراد عينة الدراسة، وإجراء المقارنات للكشف عن أثر البرنامج التدريبي في تحسين مهارات التواصل اللفظي لدى أفراد العينة، وأثر ذلك في تحسين التفاعل الاجتماعي لديهم، كما تمَّ تطبيق الاختبار البعدي المؤجَّل للكشف عن مدى بقاء أثر التدريب.

وبعد الانتهاء من تطبيق البرنامج، وتطبيق الاختبارات البعدية والمؤجَّلة، ومن أجل تحليل نتائج الدراسة إحصائياً، تم استخدام اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon)، واختبار تحليل التباين الأحادي (One-Way Anova) للتحقق من صحة فروض الدراسة، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج التدريبي في تحسين مهارات التواصل اللفظي لدى أفراد العينة، وكذلك في تحسين التفاعل الاجتماعي لديهم، كما أشارت النتائج إلى فاعلية البرنامج في تحسين كل من مهارات التواصل اللفظي، والتفاعل الاجتماعي لدى أفراد العينة بعد مرور (٥) أسابيع من انتهاء تطبيق البرنامج من خلال القياس البعدي المؤجَّل.

وقد توصلت الدراسة في ضوء النتائج إلى العديد من المقترحات، منها ضرورة العمل على إعداد البرامج الناجعة في تحسين مهارات التواصل اللفظي، والتفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، والعمل على زيادة الوعي بأهمية العلاج النفسي الحركي، ودوره الفعَّال في علاج وتأهيل الأطفال ذوي اضطراب التوحد في المجالات المختلفة، وخاصة بين العاملين على رعاية هؤلاء الأطفال، والمتخصصين في علاجهم وتأهيلهم (معلمي أطفال التوحد، اختصاصيي التربية الخاصة، اختصاصيي تقويم الكلام واللغة)، وضرورة التدخل المبكر لتنمية مهارات التواصل اللفظي والتفاعل الاجتماعي لدى أطفال التوحد، للوصول بهم إلى إمكانية دمجهم في المدارس العادية.

Summary of research

SUMMARY OF RESEARCH

The Effectiveness of Psychomotor Therapy to Improve Verbal Communication Skills in Children with Autism

This study aimed to investigate the effectiveness of psychomotor therapy in improving the verbal communication skills among children with Autism. The study sample contained of (6) children, (4) males and (2) females, who diagnosed as classic Autism, their ages ranged between (4) and (8) years old.

For the purpose of this study the researcher made a measurement to estimate the verbal communication among Autistic children, contained of (37) sentence. Then the researcher made a psychometric study to find validity's and reliability's indications of this measurement to make sure that it is reliable to use in this study. This study also used social interaction estimation measurement to estimate how the program effects on social interaction among the children of study sample. The researcher designed a training program based on psychomotor techniques (playing and music), to improve verbal communication sills among Autistic children. The program contained of (20) sessions, the application of the program took two months and (20) days, (2- 3) sessions a week, each session (from 30 to 35) minutes. The researcher applied the pre-measurement and post-measurement on the study participants, and made the comparisons to reveal of training program's effectiveness in improving the verbal communication skills among study participants, and the effectiveness of this improving on their social interaction skills. Also a postponed measurement has been applied to reveal how the effectiveness of training survives.

When researcher finished applying the program, pre-, post- and postponed measurements, the results was analyzed by (Wilcoxon) and (One-Way Anova) tests to investigate the study hypotheses. The results indicated that the training program is effective in improving the verbal communication and social interaction skills among study participants five weeks after the end of applying the training program, using pre-, post- and postponed measurements.

The study proposes in the light of its results that it is necessary to prepare training programs to improve verbal communication and social interaction skills among children with Autism, and working on raising the awareness of psychomotor therapy's importance and its active role in treatment and qualifying children with Autism in different fields, especially between those who working with Autistic children, like (their teachers, special education specialists and speech language pathologists), and the need for early intervention to develop verbal communication and social interaction skills among Autistic children, to merge them with normal children's schools in future.

Damascus University
Faculty of Education
Department of Special Education



The Effectiveness of Psychomotor Therapy to Improve Verbal Communication Skills in Children with Autism

Research Presented to Obtain a Master Degree in Speech Language Pathology

Prepared by

Zaina Abdullah Ali

Supervised by

Prof. Dr. Riyad N. Al-asemi

Professor in the Department of Psychological Counseling

2016 – 2015
1437 – 1436